

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

SILVANA PAGANI

QUALIDADE DA HIGIENIZAÇÃO HOSPITALAR E A SEGURANÇA DO PACIENTE:
AVALIAÇÃO E PLANEJAMENTO DE ESTRATÉGIAS

CURITIBA

2018

SILVANA PAGANI

QUALIDADE DA HIGIENIZAÇÃO HOSPITALAR E A SEGURANÇA DO PACIENTE:
AVALIAÇÃO E PLANEJAMENTO DE ESTRATÉGIAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação de Enfermagem - Mestrado Profissional, do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná.

Área de Concentração: Prática Profissional de Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Gerenciamento de Serviços de Saúde em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Karla Crozeta.

CURITIBA

2018

Pagani, Silvana
Qualidade da higienização hospitalar e a segurança do paciente: avaliação e planejamento de estratégias /
Silvana Pagani – Curitiba, 2018.
101 f. ; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Karla Crozeta
Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde.
Universidade Federal do Paraná.

Inclui referências

1. Segurança do paciente. 2. Cultura organizacional. 3. Serviços de enfermagem. 4. Serviço hospitalar de limpeza.
I. Crozeta, Karla. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 362.10425



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **SILVANA PAGANI** intitulada: **QUALIDADE DA HIGIENIZAÇÃO HOSPITALAR E A SEGURANÇA DO PACIENTE: AVALIAÇÃO E PLANEJAMENTO DE ESTRATÉGIAS**, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 22 de Agosto de 2018.

KARLA CROZETA FIGUEIREDO

Presidente da Banca Examinadora (UFPR)

LUCIANA SCHLEDER GONÇALVES

Avaliador Interno (UFPR)

ELIANE DE FÁTIMA ALMEIDA LIMA

Avaliador Externo (UFES)

Ao meu amado pai dedico esses dois anos de Mestrado.

Muito estudo, muito empenho, noites passadas em claro escrevendo o projeto, tudo, meu pai, que você sempre admirou na sua pequena.

É meu querido Alce... você não está mais fisicamente aqui comigo. Não ganharei o melhor e mais gostoso abraço do mundo, mas tenho a certeza de que ficou cuidando de mim esse tempo todo.

E como forma de agradecer e retribuir todo o tempo que devotou aos seus filhos, ensinando a importância de estudar... dedico a você, Alceu Pagani, meu pai e meu eterno amor, a minha dissertação.

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer...

Ao bom Deus agradeço por me conceder a vida e o poder da escolha. E eu escolhi fazer o Mestrado.

À querida orientadora Professora Doutora Karla Crozeta, que acreditou na minha ideia e me conduziu na construção de um trabalho que colocou, no campo do debate acadêmico, o serviço de higiene hospitalar.

Ao meu amado Jorge, que nos momentos mais difíceis do Mestrado esteve ao meu lado. E agora, mesmo estando do outro lado do mundo, continua ao meu lado.

À minha mãe 'fofíssima' e à minha amada família, que entenderam a minha ausência e que são meus maiores incentivadores.

À minha querida sobrinha e afilhada, Pati, pela força com o inglês na dissertação.

À Ale (que tem um coração do tamanho do mundo) e a querida Fer, "amigas do Mestrado da Vida".

Aos Diretores do Hospital do Trabalhador, Doutor Geci Labres de Souza Júnior, Doutora Marcia Luiza Krajden, Enfermeira Susana G. Mercer e Doutor Iwan A. Colaço, pela oportunidade ímpar de fazer o Mestrado.

Às enfermeiras/amigas Justina C. Maiczak, Elza Virissimo, Josiane Bughay e Cristiane Serafin pelo incentivo e pelo apoio.

Às minhas queridas Wanice Severino, Maria de Fátima Padilha e Helena Dionísio, pela amizade, parceria e compreensão. E ao, também querido, Luis Fernando Kozlinski que me auxiliou com seu conhecimento de Informática.

Ao grupo de orientandos da professora Karla, Sonia, Carol, Luis, Ana, Ale e Fer, pela parceria, apoio e momentos de descontração após as reuniões de orientação.

Ao estatístico Guilherme Parreira que transformou em informação os dados coletados.

Agradeço especialmente aos enfermeiros do Hospital do Trabalhador que aceitaram responder à pesquisa e que com muita sabedoria mostraram as fragilidades do serviço de higienização e apontaram as intervenções necessárias.

Aos novos amigos do Mestrado, que me deixaram fazer parte de suas vidas.

Aos professores que contribuíram com seus conhecimentos para a formação de profissionais mais qualificados.

Ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem Profissional da UFPR por essa oportunidade.

E, finalmente, agradeço à Instituição Hospital do Trabalhador, que há quinze anos faz parte da minha e que já me proporcionou inúmeras oportunidades de crescimento profissional e pessoal. E o Mestrado é, com certeza, a maior delas! Obrigada HT e espero poder devolver essa oportunidade com a qualificação do serviço que atualmente gerencio.

*Sou como você me vê.
Posso ser leve como uma brisa
ou forte como uma ventania.
Depende de quando e como você me vê passar.
Clarice Lispector*

RESUMO

A qualidade e a segurança do paciente são temas que fazem parte do cotidiano do ambiente hospitalar, sendo a segunda considerada como uma dimensão da primeira. No intuito de vincular o serviço de higiene hospitalar, que é uma área de apoio no contexto hospitalar, à necessidade de prestar serviços seguros e de qualidade, este trabalho objetivou avaliar a cultura de segurança dos enfermeiros em um hospital de Curitiba e planejar ações estratégicas voltadas para o serviço de higienização hospitalar, com foco na qualidade e na segurança do paciente em conjunto com profissionais enfermeiros. Trata-se de uma pesquisa avaliativa, de natureza descritiva e exploratória e abordagem quanti-qualitativa. O estudo foi desenvolvido em uma Unidade Hospitalar da Secretaria de Estado da Saúde (SESA), que é um hospital de ensino e referência em trauma no município de Curitiba, no Paraná. A pesquisa foi desenvolvida em duas etapas: avaliação dos processos de gestão e planejamento das estratégias para intervenção. Na primeira foi aplicado o Questionário de Atitudes de Segurança (Safety Attitudes Questionnaire) – SAQ, para setenta enfermeiros lotados na Direção de Enfermagem da instituição. O SAQ é uma ferramenta que evidencia a percepção do profissional em relação às atitudes de segurança, possibilitando um diagnóstico da cultura de segurança na instituição. É composto de 41 questões, separadas em seis domínios. Na primeira etapa também foi realizada, com o grupo de enfermeiros, uma reunião em que foi utilizada a técnica de *Brainstorm* para a definição de estratégias de intervenção que teve como questão disparadora: Quais são as estratégias capazes de melhorar os processos de trabalho do serviço de higienização, que favoreçam a qualidade e preservem a segurança do paciente? Na segunda etapa do estudo, as estratégias de intervenção foram planejadas, utilizando os temas elencados pelos enfermeiros. Os resultados da avaliação da cultura de segurança apontam que a melhor avaliação foi do domínio Satisfação no trabalho, com 88,3% dos participantes avaliando-o positivamente. Já o domínio que mede a percepção da gerência da unidade e do hospital recebeu a pior avaliação, tendo como resultados 61,12 e 59,61%, respectivamente. Na reunião do *Brainstorm* o grupo definiu como eixo para o planejamento das intervenções os temas: acolhimento e integração, padronização de processos, educação continuada, sensibilização e valorização do profissional de higiene. Na segunda etapa do estudo, as recomendações de estratégias para intervenção, elencadas pelos enfermeiros, foram planejadas sob a forma de Plano de Ação, que representa o produto que é um requisito do Mestrado profissional. Os enfermeiros, como gestores de suas unidades, constataram que o serviço de higiene faz parte do processo de trabalho da unidade e de todo o ambiente hospitalar, sendo que a organização desse serviço perpassa a questão gerencial e que as mudanças embasadas nos eixos temáticos elencados poderão promover mudanças. O estudo oportunizou aos participantes reconhecer a importância do papel da equipe de higiene no processo de trabalho no ambiente hospitalar.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Cultura organizacional. Serviços de enfermagem. Serviço hospitalar de limpeza.

ABSTRACT

The quality and safety of the patient are themes that are part of the daily life of the hospital environment, and patient safety is considered as a dimension of the quality. In order to link the hospital hygiene service, which is a support area in the hospital context, to the need to provide safe and quality services, this work aimed to: Evaluate the safety culture of nurses in a Hospital of Curitiba and plan strategic actions aimed at the hospital hygiene service focused on the quality and safety of the patient in conjunction with nurses. It is an evaluative research, of descriptive and exploratory nature and quantitative-qualitative approach. The study was developed in a Hospital Unit of the State Health Department of Paraná, which is a teaching reference hospital in trauma in the city of Curitiba. The research was developed in two stages: evaluation of the management processes and planning of strategies for intervention. In the first one, the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) was applied to seventy registered nurses at the institution's Nursing Directorate. SAQ is a tool that demonstrates the professional's perception regarding security attitudes, making possible a diagnosis of the security culture in the institution. It is composed of 41 questions, separated into six domains. In the first stage, a meeting was also held with the group of nurses and the Brainstorm technique was used to define intervention strategies that had as a triggering question: What are the strategies capable of improving the work processes of the hygienization service, which promote quality and preserve patient safety? In the second stage of the study, intervention strategies were planned, using the themes listed by nurses. The results of the evaluation of the safety culture indicate that the best evaluation was the satisfaction domain at work, with 88.3% of the participants evaluating it positively, since the domain that measures the perception of the management of the unit and the hospital had the worst evaluation, with results 61.12% and 59.61%, of the participants negatively evaluating respective ones. At the Brainstorm meeting, the group defined as basis for the planning of the interventions the themes: reception and integration, standardization of processes, continuing education, sensitization and appreciation of the hygiene professional. In the second stage of the study, recommendations for strategies for intervention, listed by nurses, were planned in the form of an Action Plan, which represents the product that is a requirement of the professional master's degree. The nurses, as managers of their units, found that the hygiene service is part of the work process of the unit and the entire hospital environment and the organization of this service stems from the managerial issue and changes based on the listed thematic axes may promote new changes. This study allowed the participants to recognize the importance of the role of the hygiene team in the work process in the hospital environment.

Keywords: Patient safety. Organizational culture. Nursing services.
Housekeeping Hospital

LISTA DE FIGURAS

| | | |
|----------|--|----|
| FIGURA 1 | TRÍADE PROPOSTA POR DONABEDIAN (1988)..... | 26 |
| FIGURA 2 | ESTÁGIOS DE MATURIDADE DE CULTURA DE SEGURANÇA..... | 30 |

LISTA DE QUADROS

| | | |
|-----------|--|----|
| QUADRO 1 | EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE QUALIDADE..... | 25 |
| QUADRO 2 | CLASSIFICAÇÃO DAS ÁREAS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE ACORDO COM O RISCO POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO..... | 32 |
| QUADRO 3 | CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO PARA GESTÃO E COMO SERÃO ABORDADOS NA PESQUISA | 35 |
| QUADRO 4 | NÚMERO TOTAL DE ENFERMEIROS | 37 |
| QUADRO 5 | ETAPAS DA PESQUISA | 38 |
| QUADRO 6 | APRESENTAÇÃO DOS SEIS DOMÍNIOS DO INSTRUMENTO SAQ COM SUAS RESPECTIVAS DEFINIÇÕES | 41 |
| QUADRO 7 | ROTEIRO DO <i>BRAINSTORM</i> | 43 |
| QUADRO 8 | FALA DOS PARTICIPANTES E AGRUPAMENTO DOS TEMAS | 59 |
| QUADRO 9 | SUGESTÕES DE ESTRATÉGIAS PARA INTERVENÇÃO.... | 60 |
| QUADRO 10 | RESULTADOS APLICAÇÃO DO SAQ..... | 72 |

LISTA DE TABELAS

| | | |
|-----------|--|----|
| TABELA 1 | FREQUÊNCIA ABSOLUTA E RELATIVA (%) DAS VARIÁVEIS DO PERFIL DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO..... | 48 |
| TABELA 2 | FREQUÊNCIA ABSOLUTA E RELATIVA (%) DAS VARIÁVEIS VÍNCULO E TURNO DE TRABALHO..... | 48 |
| TABELA 3 | APRESENTAÇÃO DA MÉDIA E MEDIANA POR DOMÍNIO..... | 49 |
| TABELA 4 | DISTRIBUIÇÕES DAS RESPOSTAS REFERENTES AO DOMÍNIO CLIMA DE TRABALHO EM EQUIPE..... | 51 |
| TABELA 5 | DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS REFERENTES AO DOMÍNIO CLIMA DE SEGURANÇA..... | 52 |
| TABELA 6 | DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS REFERENTES AO DOMÍNIO SATISFAÇÃO NO TRABALHO..... | 53 |
| TABELA 7 | DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS REFERENTES AO DOMÍNIO PERCEPÇÃO DO ESTRESSE..... | 54 |
| TABELA 8 | DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS REFERENTES AOS DOMÍNIOS PERCEPÇÃO DAS GERÊNCIAS DA UNIDADE E DO HOSPITAL..... | 55 |
| TABELA 9 | DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS REFERENTES AO DOMÍNIO CONDIÇÕES DE TRABALHO | 56 |
| TABELA 10 | OUTRAS QUESTÕES..... | 57 |
| TABELA 11 | DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS REFERENTES ÀS OUTRAS QUESTÕES..... | 58 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | | |
|-----------|--|----|
| GRÁFICO 1 | DISTRIBUIÇÃO DOS RESULTADOS POR DOMÍNIOS.... | 50 |
|-----------|--|----|

LISTA DE SIGLAS

| | |
|--------|--|
| ANVISA | - Agência Nacional de Vigilância Sanitária |
| CC | - Centro Cirúrgico |
| CME | - Central de Material e Esterilização |
| CNS | - Conselho Nacional de Saúde |
| CO | - Centro Obstétrico |
| EA | - Eventos Adversos |
| FMAQ | - <i>Flight Management Attitudes Questionnaire</i> |
| IOM | - <i>Institute of Medicine</i> |
| IRAS | - Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde |
| ISO | - International Organization for Standardization |
| MS | - Ministério da Saúde |
| OAC | - Organizações de Alta Confiabilidade |
| OMS | - Organização Mundial de Saúde |
| OPAS | - Organização Pan-Americana da Saúde |
| PDCA | - <i>Plan-Do-Check-Act</i> |
| PNSP | - Programa Nacional de Segurança do Paciente |
| POP | - Procedimento Operacional Padrão |
| RDC | - Resolução da Diretoria Colegiada |
| SAQ | - <i>Safety Attitudes Questionnaire</i> |
| SESA | - Secretaria de Estado da Saúde |
| SND | - Serviço de Nutrição e Dietética |
| SUS | - Sistema Único de Saúde |
| TCLE | - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UTI | - Unidade de Terapia Intensiva |
| WHO | - <i>World Health Organization</i> |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | APRESENTAÇÃO..... | 17 |
| 2 | INTRODUÇÃO..... | 18 |
| 3 | OBJETIVOS..... | 23 |
| 4 | REVISÃO DE LITERATURA..... | 24 |
| 4.1 | QUALIDADE EM SAÚDE..... | 24 |
| 4.2 | SEGURANÇA DO PACIENTE..... | 27 |
| 4.2.1 | Cultura de Segurança..... | 29 |
| 4.3 | HIGIENIZAÇÃO HOSPITALAR..... | 31 |
| 5 | METODOLOGIA..... | 34 |
| 5.1 | TIPO DE PESQUISA..... | 34 |
| 5.2 | LOCAL E PERÍODO DA PESQUISA..... | 36 |
| 5.3 | PARTICIPANTES..... | 36 |
| 5.4 | ETAPAS DO ESTUDO E PERCURSO METODOLÓGICO | 38 |
| 5.4.1 | Etapa 1 – Avaliação dos processos de gestão..... | 39 |
| 5.4.1.1 | Avaliação da cultura de segurança..... | 39 |
| 5.4.1.2 | Reunião com os enfermeiros | 42 |
| 5.4.2 | Planejamento das estratégias para intervenção..... | 44 |
| 5.5 | ANÁLISE DOS DADOS..... | 45 |
| 5.6 | ASPECTOS ÉTICOS..... | 46 |
| 6 | RESULTADOS..... | 47 |
| 6.1 | ETAPA 1 - AVALIAÇÃO DOS PROCESSOS DE GESTÃO..... | 47 |
| 6.1.1 | Avaliação da cultura de segurança..... | 47 |
| 6.1.1.1 | Caracterização dos participantes..... | 47 |
| 6.1.1.2 | Criação dos Domínios..... | 49 |
| 6.1.2 | Reunião com os enfermeiros..... | 58 |
| 6.2 | ETAPA 2 – PLANEJAMENTO DAS ESTRATÉGIAS PARA INTERVENÇÃO..... | 63 |
| 7 | DISCUSSÃO..... | 68 |
| 7.1 | AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA..... | 68 |
| 7.2 | PLANEJAMENTO DAS ESTRATÉGIAS PARA INTERVENÇÃO..... | 72 |
| 8 | CONCLUSÃO..... | 75 |

| | |
|---|-----------|
| REFERÊNCIAS..... | 77 |
| ANEXOS..... | 86 |
| ANEXO 1 – TCLE..... | 87 |
| ANEXO 2 - TCLE (SOLICITADO NA EMENDA)..... | 89 |
| ANEXO 3 - SAFETY QUESTIONNAIRE ATTITUDES – SAQ... | 90 |
| ANEXO 4 - SUGESTÕES E TEMAS DO <i>BRAINSTORM</i>..... | 91 |
| ANEXO 5 - MODELO DE PLANO DE AÇÃO..... | 92 |
| ANEXO 6 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP..... | 93 |
| ANEXO 7 – PARECER CONSUBSTANCIADO EMENDA DO CEP..... | 97 |

1 APRESENTAÇÃO

Em 1988 conclui minha graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Desde então atuei em muitas áreas na saúde, na atenção primária, na saúde da família e, principalmente, na área hospitalar, onde boa parte do tempo passei em unidades de centro cirúrgico. Desde o ano de 2003, atuo no Hospital do Trabalhador, onde iniciei no centro cirúrgico. Em 2007, assumi a gerência de hotelaria hospitalar, que responde pelos serviços de higienização, reprocessamento de roupas, nutrição e vigilância. Em 2014, por meio dessa instituição, tive a oportunidade de fazer uma especialização em "Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente", curso realizado em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca e Fundação Osvaldo Cruz e a Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova Lisboa. Foi a participação na especialização que despertou meu interesse pelo tema 'Segurança do paciente'.

Após o término do curso, passei a me envolver mais nas questões de qualidade e segurança do paciente na instituição local de estudo. Apesar de atuar em uma área de apoio, dediquei-me a essa temática tentando conduzir minhas atividades e da gerência de forma que não perdesse esse aprendizado e o aperfeiçoasse cada vez mais. No desenvolvimento das minhas funções, procurei me inteirar dos protocolos de segurança do paciente e de envolver os profissionais da higienização, sendo por meio da criação de instrumentos de avaliação da qualidade da desinfecção terminal realizada, com o intuito de prevenir a disseminação de infecção, por meio de padronização de colchões para evitar lesões por pressão, incentivo à equipe de nutrição a aplicar o protocolo de identificação no momento de seu contato com o paciente e a padronização, juntamente com o núcleo de controle de infecção, de produtos para higienização de mãos.

E, finalmente, chegou a oportunidade do mestrado profissional, e com ele o desejo de desenvolver um projeto de pesquisa que atendesse o serviço de higienização hospitalar com foco na qualidade e na segurança do paciente.

2 INTRODUÇÃO

A qualidade e a segurança do paciente ganharam espaço no cenário da saúde no século passado, e tornaram-se temas de estudos e pautas nas agendas de organizações governamentais devido a sua relevância. (MARTINS, 2014). O presente trabalho abordará esses temas com o desafio de vincular o serviço de higiene hospitalar, que é uma área de apoio no contexto hospitalar, a essa realidade de prestar serviços dentro de parâmetros de qualidade, visando sempre a segurança do paciente. A higiene hospitalar, conforme descreve a literatura, em poucas oportunidades é lembrada ou estudada (DANCER, 2009), mas tem papel relevante em situações que comprometam a qualidade e a segurança do paciente.

A qualidade, segundo o dicionário, é definida como “Atributo, condição natural, propriedade pela qual algo ou alguém se individualiza; maneira de ser, natureza ou também como grau de perfeição, de precisão ou de conformidade a certo padrão”. (MICHAELIS, 2017).

Os conceitos de qualidade passaram a ser utilizados na indústria no século XVIII, e Kurcgant e Massarollo (2010) resumem a evolução desse conceito nas seguintes fases: inicialmente, o foco era a inspeção tendo como eixo o produto, passando para a fase do controle de qualidade com ênfase no processo; em seguida, veio a fase da garantia da qualidade, na qual o produto deveria atender as necessidades do usuário; e, finalmente, a qualidade total, em que as responsabilidades são compartilhadas entre todos os envolvidos no processo de trabalho. E o fundamental é a satisfação do usuário.

O interesse pela qualidade na área da saúde, assim como nos outros setores, tem se acentuado. Todos os olhares, seja do usuário, gestores e profissionais estão voltados para a prestação de serviço com qualidade. (BRASIL, 2013 a).

No século XIX, o médico austríaco, Ignaz Semmelweis (1818-1865), e a enfermeira inglesa, Florence Nightingale (1820-1910), foram precursores da preocupação com a melhoria da qualidade nos cuidados de saúde. A atitude de Semmelweis, de introduzir a lavagem de mãos entre os profissionais, reduziu drasticamente o número de mortes de mulheres por febre puerperal. Já a implantação, pela enfermeira Florence, de um modelo de melhoria da qualidade e padrões sanitários e de limpeza, diminuiu significativamente as taxas de infecções e de mortes

de soldados ingleses na guerra da Crimeia. (TAKAHASHI; MELLEIRO; TRONCHIN, 2010; CHASSIN; LOEB, 2011; TRINDADE, LAGE, 2014).

O primeiro grande estudioso da qualidade na área da saúde foi o pediatra armênio radicado nos Estados Unidos, Avedis Donabedian (1919-2000), que publicou diversos estudos referentes ao tema. Donabedian propôs a famosa tríade da qualidade na saúde: a estrutura, o processo e o resultado. Essa distinção possibilitou a compreensão de que a qualidade depende dos vários componentes, e que o processo e o resultado podem ser avaliados isoladamente. (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006; VINCENT, 2009; TAKAHASHI; MELLEIRO; TRONCHIN, 2010).

Donabedian (1988) destaca que dois elementos na atuação dos profissionais da área da saúde constituem a qualidade: o desempenho técnico e o interpessoal. O primeiro está ligado ao conhecimento, às escolhas e à implementação das estratégias adequadas. É por meio do segundo, o desempenho interpessoal, que ocorre a troca de informações entre médico¹ e paciente, que são fundamentais na definição do diagnóstico e na opção de melhores formas de cuidado. O desempenho técnico é viabilizado por meio do processo interpessoal.

A qualidade na área da saúde vem sendo caracterizada ao longo do tempo, em dimensões/atributos. Donabedian propõe a decomposição da qualidade nas seguintes dimensões/atributos: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Em 2001, o *Institute of Medicine* (IOM) acrescentou a centralidade no paciente, a segurança e a oportunidade às dimensões propostas por Donabedian. (TRINDADE, LAGE, 2014; MARTINS, 2014).

A segurança do paciente, que é considerada como uma dimensão da qualidade do cuidado, teve avanços consideráveis nas últimas décadas em todo o mundo, tornando-se um tema presente em todos os cenários da saúde, envolvendo profissionais, gestores, pacientes e familiares, e na agenda dos pesquisadores. (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013; BRASIL, 2013 a; MARTINS, 2014).

Wachter (2013) ressalta que apesar de Hipócrates ter postulado, há dois mil anos, “antes de tudo, não causar dano”, os erros relacionados aos cuidados de saúde eram considerados inerentes à prática da Medicina e esse pensamento começou a mudar após o IOM publicar, em 1999, o relatório *To err is human: building a safer health system* (Errar é humano: criando um sistema de saúde mais seguro).

¹ O termo médico é citado pelo autor, porém pode-se considerar o profissional da equipe multidisciplinar, incluindo o enfermeiro.

A preocupação mundial com a segurança do paciente tomou grandes proporções após essa publicação do IOM. Esta demonstrou a magnitude do problema da segurança do paciente ao estimar a ocorrência de 44 a 98 mil mortes nos Estados Unidos da América causadas por eventos adversos (EA) decorrentes da prestação de cuidados de saúde, dos quais a metade seria evitável. (TRINDADE, LAGE, 2014). Esse relatório foi de importância vital para o desenvolvimento da segurança do paciente, provocando a mobilização dos profissionais da área da saúde e do público em geral de diversos países, preocupados com as questões relacionadas à segurança do paciente. (VINCENT, 2009; REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

No intuito de implementar melhorias nos sistemas de segurança o IOM (1999, p. 14), recomenda que “as organizações de saúde devem desenvolver uma cultura de segurança de tal forma que os processos e a força de trabalho estejam focados em melhorar a confiabilidade e a segurança dos cuidados aos pacientes”.

O conceito de cultura de segurança proveniente das Organizações de Alta Confiabilidade (OAC), foi propagado após o acidente da usina nuclear de Chernobyl em 1986, em que se constatou que as várias falhas de segurança que originaram o acidente foram provenientes de uma “fraca cultura de segurança.” (FRAGATA; SOUSA; SANTOS, 2014; REIS, 2014).

A cultura de segurança positiva reconhece a possibilidade do erro, buscando identificar as ameaças latentes, substituindo a culpabilização por uma abordagem sistêmica do erro, bem como estimulando o desenvolvimento de práticas seguras por meio de ações que favoreçam a comunicação e o compartilhamento de conhecimentos entre as equipes no trabalho. (NIEVA; SORRA, 2003; REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013; WACHTER, 2013).

Nesse aspecto, Vincent (2009) evidencia que as organizações podem ter na cultura de segurança uma aliada no enfrentamento dos problemas de segurança do paciente bem como um entrave para as mudanças necessárias.

Nos últimos anos, a medição da cultura de segurança tem sido realizada nas instituições de saúde com o intuito de avaliar questões relevantes para a segurança do paciente. Ressalta-se que esta foi uma das recomendações da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, que definiu como uma das estratégias a avaliação da cultura de segurança. (SEXTON et al., 2006; RIGOBELLO et al., 2012).

Tal avaliação é comum com profissionais ligados ao cuidado direto dos pacientes, mas há que se considerar que a busca pela qualidade, considerando todos

os seus atributos, vai além da prestação de cuidados seguros. Engloba a necessidade de se proporcionar condições para que o cuidado seja prestado de forma apropriada, sem riscos ao paciente. Nesse contexto, o serviço de higiene hospitalar tem como atribuição fundamental criar as condições de higiene e desinfecção adequadas para a realização do cuidado prestado pelas equipes multiprofissionais.

A enfermeira inglesa Florence Nightingale foi precursora ao demonstrar a importância da higiene no controle de doenças quando, com a implementação de padrões organizacionais de higiene dos hospitais durante a Guerra da Criméia, reduziu o número de óbitos dos soldados britânicos. (BRASIL, 2013a; TRINDADE, LAGE, 2014).

O manual de limpeza e desinfecção de superfícies da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA (2012), ressalta que este tipo de limpeza e de desinfecção proporcionam o bem-estar, a segurança e o conforto para os pacientes, familiares e profissionais dos serviços de saúde. A limpeza e a desinfecção hospitalar ocupam lugar de destaque no controle de microrganismos no ambiente. São medidas que têm a finalidade de evitar, principalmente, a disseminação de microrganismos que são responsáveis pelas infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), e que representam, amplamente, riscos à segurança do paciente. (FERREIRA, et al., 2011; BRASIL, 2012; OLIVEIRA; VIANA, 2014).

Dessa forma, a higienização hospitalar apresenta relevante papel na prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde, sendo imprescindível o aperfeiçoamento do uso de técnicas eficazes para promover a limpeza e desinfecção de superfícies. (BRASIL, 2012).

Vale ressaltar que na instituição em que o estudo foi realizado a responsabilidade da limpeza e a desinfecção (concorrente e terminal) de superfícies fixas e mobiliários cabe ao serviço de higienização hospitalar.

Por ser uma atividade de apoio, a influência do serviço de higienização é indireta na prestação do cuidado ao paciente. A inexistência ou insuficiência de dados científicos que correlacionem a higiene de ambientes e os procedimentos de limpeza com as taxas de infecção reforçam a inferência deste serviço não ser reconhecido frente a relevância do seu papel no controle de infecção e segurança do paciente.

Visando a qualidade, o planejamento de ações para o desenvolvimento da higienização hospitalar está fortemente ligado à definição de estratégias capazes de melhorar os processos de trabalho deste serviço.

Reconhecendo a importância do enfermeiro e sua posição estratégica no desenvolvimento da atribuição de gerente da unidade e por ser o profissional que representa o elo de ligação com a equipe multiprofissional incluindo a equipe de higiene, esse estudo propõe a seguinte questão norteadora: Quais são as estratégias capazes de melhorar os processos de trabalho do serviço de higienização, que favoreçam a qualidade e a segurança do paciente, na perspectiva do enfermeiro?

Esse projeto de pesquisa está inserido na linha de “Gerenciamento de Serviço de Saúde e Enfermagem”, e compõe um dos eixos de investigação do projeto: “Avaliação e Planejamento da Segurança do Paciente e da Qualidade em Saúde: em busca de ações estratégicas para a melhoria do cuidado”, sob coordenação da Professora Doutora Karla Crozeta.

3 OBJETIVOS

- Avaliar a cultura de segurança dos enfermeiros de um hospital de ensino.
- Planejar ações estratégicas voltadas para o serviço de higienização hospitalar com foco na qualidade e na segurança do paciente.

4 REVISÃO DE LITERATURA

Os temas que nortearam o presente estudo foram: Qualidade em saúde, Segurança do Paciente, Cultura de Segurança e Higienização Hospitalar.

4.1 QUALIDADE EM SAÚDE

Será apresentado um breve histórico da qualidade desde o seu início, quando seus conceitos passaram a ser utilizados na indústria no século XVIII, até chegarmos na qualidade em saúde e na segurança do paciente como uma dimensão da qualidade.

No século XVIII, com o advento da Revolução Industrial, a customização dos artesãos, a sua preocupação com as necessidades do cliente e a participação do trabalhador foram substituídas pela mecanização dos sistemas, pela padronização e produção em larga escala. A produção passou a ser seccionada, desmembrada em várias etapas. Nessa fase surgiu o responsável pelo controle da qualidade do produto, o inspetor. Apesar de, nesse período, alguns aspectos da qualidade já despontarem, a necessidade do cliente e a participação do trabalhador não eram o foco. (CARVALHO, 2012).

No início do século XX, o estatístico americano Walter A. Shewhart desenvolveu o controle de qualidade estatístico, que mais tarde tornou-se popular por meio de W.E. Deming, com o ciclo PDCA (*plan-do-check-act*). Nesse período, foram criadas ferramentas de controle de processos e normas específicas para a área da qualidade. (COSTA, 2016; ANVISA; OPAS, 2016).

A área da qualidade se consolidou no pós-guerra, pois nesse período surgiram as primeiras associações do setor da qualidade, e nomes como W. Edwards Deming e Joseph M. Juran se sobressaíram com suas teorias de controle e de melhora da qualidade. (SILVA, 2011; CARVALHO, 2012).

O modelo de qualidade ocidental influenciou e foi fortemente influenciado pelo modelo oriental, principalmente pelo modelo japonês, na participação do trabalhador e da alta gerência nos processos de qualidade. (TAKAHASHI; MELLEIRO; TRONCHIN, 2010). Entre os teóricos japoneses, Kaoru Ishikawa teve importante papel na criação de ferramentas da qualidade que são, até os dias de hoje, amplamente utilizadas, inclusive no segmento saúde. Uma delas é a análise de causa-

efeito ou espinha de peixe ou ainda diagrama de Ishikawa, como também é conhecida. (CARVALHO, 2012).

No final da década de 1980 surgiu um modelo de certificação nessa área, os padrões de qualidade estabelecidos pela *International Organization for Standardization* (ISO) para área de Gestão da Qualidade e Sistemas de Garantia de Qualidade. Nessa mesma década, surgiu o programa de qualidade seis sigmas, ferramenta que se popularizou no final do século XX e início do século XXI. (TAKAHASHI; MELLEIRO; TRONCHIN, 2010; CARVALHO, 2012).

A qualidade na área da saúde passou a ser abordada no início do século XX, nos Estados Unidos da América (EUA) pelo Colégio Americano de Cirurgiões, com o estabelecimento de padrões mínimos para avaliações dos serviços prestados a pacientes. (TAKAHASHI; MELLEIRO; TRONCHIN, 2010; SILVA, 2011; BRASIL, 2013a).

Nos últimos anos, o tema qualidade introduzido no setor industrial expandiu-se para o setor da saúde, e observa-se um progressivo interesse pelo assunto nas instituições dessa área; contudo, o conceito de qualidade ainda representa um desafio. (SERAPIONI, 2009; SILVA, 2011).

Conforme a qualidade foi se consolidando na área da saúde, o seu conceito foi se modificando, sendo decomposto em dimensões/atributos, que sofreram alterações ao longo do tempo. O QUADRO 1 representa a evolução das dimensões da qualidade.

QUADRO 1 - EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE QUALIDADE

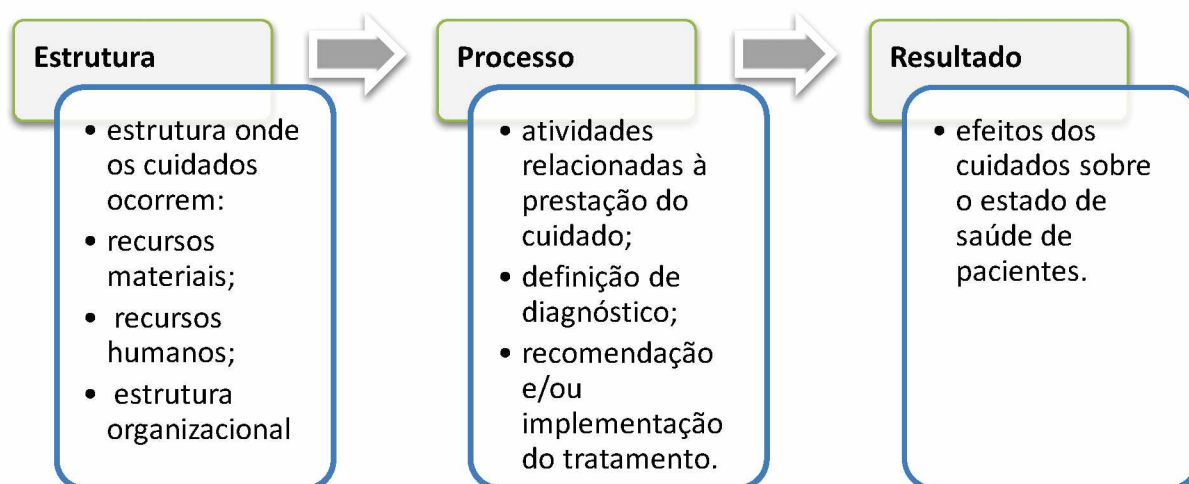
| Brook et al. 1977 | Donabedian 1980 | Holland 1983 | Donabedian 1980 | Aday et al. 1993 | IOM 2001 |
|--|--|---------------------------|--|---------------------------------------|--|
| Componente técnico Processo diagnóstico Processo terapêutico "arte" do cuidado Interação médico e paciente | Qualidade técnico-científica Acessibilidade e disponibilidade Relações interpessoais Continuidade | Eficiência Efetividade | Eficiência Efetividade Equidade Eficácia Relação médico paciente Otimização Aceitabilidade Acessibilidade Amenidades Conformidade com as preferências dos pacientes Legitimidade | Eficiência Efetividade Equidade | Eficiência Efetividade Equidade Centralidade no paciente Segurança Oportunidade |

FONTE: MARTINS (2014).

Os cuidados prestados nos serviços de saúde estão se tornando cada vez mais complexos, predispondo, com isso, as ocorrências de erros e falhas que afetam a qualidade dos serviços prestados e comprometem a segurança do paciente, o que exige que a gestão desses serviços de saúde se torne cada vez mais profissionalizada. (BRASIL, 2013a).

Para Donabedian (1993), a busca pela qualidade constitui a dimensão ética da vida profissional. Com ela, todos os esforços razoáveis de monitoramento terão êxito. Sem ela, o mais engenhoso dos sistemas de monitoração fracassará. Donabedian (1988) apresenta a qualidade sob a tríade estrutura, processo e resultado. A primeira representa a **estrutura** na qual os cuidados ocorrem e inclui os recursos materiais (instalações, equipamentos), recursos humanos (dimensionamento e qualificações do pessoal) e estrutura organizacional (organização do pessoal e financiamentos); o **processo** representa as atividades relacionadas à prestação do cuidado, e também as atividades para definir o diagnóstico, recomendar ou implementar o tratamento, e o **resultado** indica os efeitos dos cuidados sobre o estado de saúde de pacientes. A FIGURA 1 exemplifica a tríade proposta por Donabedian (1988).

FIGURA 1 - TRÍADE PROPOSTA POR DONABEDIAN (1988)



FONTE: Adaptado de Donabedian (1988).

O IOM, no relatório *Crossing the quality chasm* (2001), descreve a assistência à saúde de qualidade baseada em seis princípios, que são o foco central na prestação de cuidados. São eles: seguro, eficaz, centrado no paciente, eficiente, oportuno e equitativo (IOM, 2001). Segundo Costa (2016), esse conjunto de atributos da

qualidade em serviços de saúde é o mais utilizado atualmente e foi reconhecido e adaptado pela OMS, em 2006.

Em 2001, a segurança do paciente foi reconhecida pelo IOM como uma dimensão da qualidade. Dessa forma, ela é um atributo fundamental e inseparável da qualidade nos sistemas de saúde. (VINCENT, 2009; BRASIL, 2013a; REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

4.2 SEGURANÇA DO PACIENTE

Para Vincent (2009, p.16), “a segurança do paciente é definida como o ato de evitar, prevenir e melhorar os resultados adversos ou as lesões originadas no processo de atendimento médico hospitalar”. Também é definida como a redução do risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde a um mínimo aceitável. (WHO, 2009; BRASIL, 2013c). O “mínimo aceitável” refere-se ao que é viável oferecer diante do contexto em que a assistência for realizada, considerando os recursos disponíveis e o conhecimento utilizado frente ao risco de não-tratamento ou outro tratamento. (WHO, 2009).

Diante da profusão de termos e conceitos referentes à segurança do paciente, a OMS propôs a *International Classification for Patient Safety* (ICPS) - Classificação Internacional para Segurança do Paciente, com o intuito de classificar e organizar os conceitos e definições sobre o tema. (WHO, 2009).

A ICPS define o dano como prejuízo da estrutura ou função do corpo e /ou qualquer efeito deletério nele, decorrente do cuidado de saúde e pode ser físico, social ou psicológico. (RUNCIMAN et al., 2009). Para Mendes (2014), os danos associados ao cuidado de saúde podem ser relacionados as ações realizadas durante este cuidado, em vez de uma doença ou lesão.

A ICPS conceitua o incidente de segurança como um evento ou condição que poderia ter resultado, ou resultou, em danos ao paciente e estes são decorrentes de atos não voluntários. (WHO, 2009). Neste mesmo raciocínio, Runciman et al. (2009) pontuam que os erros não são intencionais, diferentemente das violações que comumente são praticadas de forma propositada.

O mecanismo do comportamento humano, na ocorrência do erro, foi estudado por James Reason, que propôs o Modelo do Queijo Suíço que representa as barreiras criadas nos sistemas para evitar as falhas ou incidentes. (NASCIMENTO, 2014). Para

Reason, o erro pode ser analisado sob duas abordagens: a individual e a sistêmica, na qual a primeira refere-se aos atos inseguros praticados pelos indivíduos, tais como a quebra de protocolos, a desatenção e a falta de motivação. A segunda, a abordagem sistêmica, tem como argumento principal o fato de que o ser humano é falível, portanto os erros são esperados, o que determina a criação de barreiras no sistema para que esses não aconteçam. (REASON, 2000; NASCIMENTO, 2014).

Reason (2000, p. 768) ressalta que “embora não possamos mudar a condição humana, podemos alterar as condições em que os humanos trabalham”.

Em outubro de 2004 foi criada a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (*World Alliance for Patient Safety*), uma iniciativa da Organização Mundial Saúde, que posteriormente passou a chamar-se *Patient Safety Program*. Essa aliança teve como objetivo coordenar, divulgar e acelerar melhorias na segurança do paciente em todo o mundo, por meio de identificação das prioridades e incentivo as pesquisas nessa área. (WHO, 2005; REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013; BRASIL, 2014).

A Aliança Mundial para a Segurança do Paciente lançou um programa que compreendia seis áreas de ação:

- Desafio Global de Segurança do Paciente: 2005-2006
- Envolvimento do paciente e do consumidor
- Desenvolvimento de taxonomia de segurança do paciente;
- Pesquisa no campo da segurança do paciente;
- Soluções para reduzir os riscos dos cuidados de saúde e melhorar a sua segurança;
- Relatórios e aprendizado para melhorar a segurança do paciente. (WHO, 2005).

A Portaria nº 529/13 define como uma das estratégias para implementação do Plano Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) a promoção da cultura de segurança, ressaltando a importância de criar e estabelecer sistemas seguros, com a participação dos profissionais e dos pacientes com a finalidade de prevenir a ocorrência de incidentes e danos aos pacientes. (BRASIL, 2013b). Essa mesma portaria estabelece metas para disseminação da cultura de segurança que são:

- todos os profissionais e gestores envolvidos no cuidado são responsáveis pela sua própria segurança, a de seus colegas dos pacientes e familiares;
- priorizar a segurança acima de metas financeiras e operacionais;
- encorajar a identificação, a notificação e a resolução dos problemas

relacionados à segurança;

- promover o aprendizado organizacional na ocorrência de incidentes;
- proporcionar recursos e estrutura para a manutenção efetiva da segurança.

Assim como a segurança do paciente tem se destacado na área da saúde a cultura de segurança também aparece com tema relevante nesse cenário.

4.2.1 Cultura de segurança

A cultura é um elemento que compõe a estrutura informal de uma organização. Não pode ser visualizada de maneira concreta, pois perpassa toda a dinâmica organizacional, caracterizando-se por aspectos abstratos como valores, pressupostos e crenças individuais. (KURCGANT; MASSAROLLO, 2010).

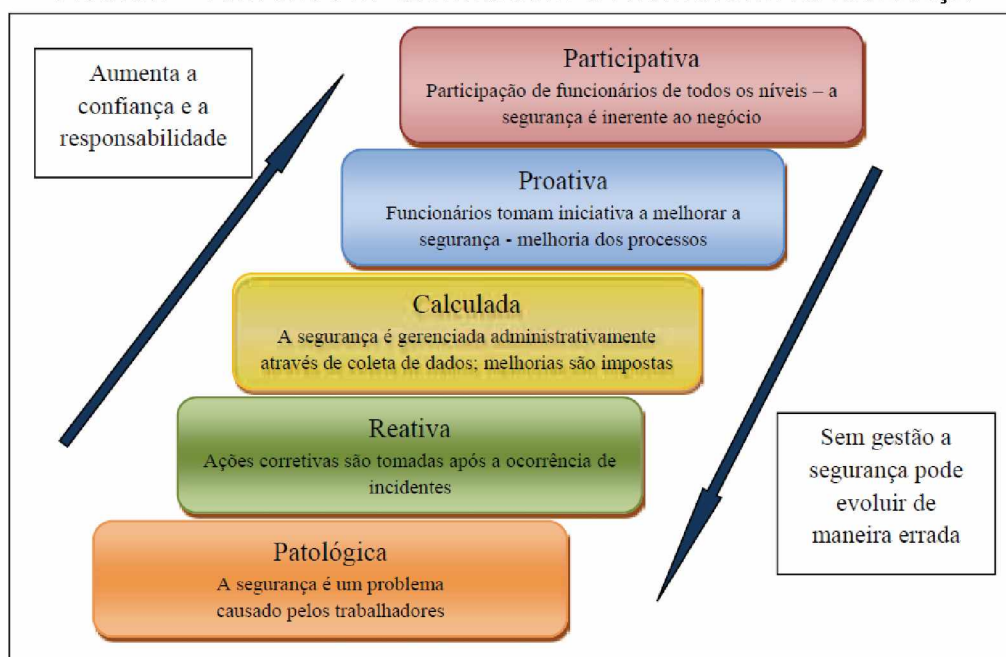
Vincent (2009, p.101) pondera em relação ao termo cultura que, “somos muito mais adaptáveis do que pensamos e, em grande parte, desenvolvemos hábitos bons ou ruins de acordo com o ambiente ético que nos cerca”.

Nieva e Sorra (2003) apresentam o conceito de cultura de segurança formulado pelo Comitê Consultivo para a Segurança das Instalações Nucleares, que segundo as autoras pode ser utilizado no contexto da saúde:

A cultura de segurança de uma organização é o produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo que determinam o compromisso com o estilo e a proficiência da gestão de saúde e segurança de uma organização. As organizações com uma cultura de segurança positiva são caracterizadas por comunicações baseadas na confiança mútua, pela percepção compartilhada da importância da segurança e pela confiança na eficácia das medidas preventivas. (NIEVA; SORRA, 2003, p. 18).

Hudson (2003) propõe que a evolução da cultura de segurança perpassa graus de maturidade em uma instituição, que são divididos em cinco etapas, sejam elas: cultura patológica, proativa, calculada, reativa e participativa. A FIGURA 2 apresenta os estágios de maturidade da cultura de segurança, baseado no modelo de Hudson adaptado por Reis (2014).

FIGURA 2 – ESTÁGIOS DE MATURIDADE DE CULTURA DE SEGURANÇA



FONTE: Adaptado de Reis (2014).

Na Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, encontra-se a seguinte definição para cultura de segurança:

conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde.

É comum encontrar na literatura o termo cultura de segurança como sinônimo de clima de segurança, mas, apesar dessa similaridade, o último é definido como sendo o conjunto de componentes mensuráveis da cultura de segurança, ou seja, as percepções e atitudes dos indivíduos, em determinados períodos no que tange à segurança. (COLLA et al., 2005; REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

Escala para medir o clima de segurança têm sido utilizadas nas organizações de saúde. Sexton et al. (2006), consideram que o clima de segurança tem aspectos mais facilmente mensuráveis do que medir aspectos da cultura, como o comportamento e valores, por exemplo. As escalas de medição são importantes ferramentas para avaliar o clima de segurança e podem ser utilizadas antes e depois de intervenções como treinamentos. (CARVALHO; CASSIANI, 2012).

A avaliação da cultura de segurança geralmente é vista como o ponto de partida para iniciar o planejamento de ações que busquem mudanças para garantir

cuidados de saúde seguros e a melhoria da qualidade. (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013; HOFFMANN et al., 2014).

Nesse cenário a cultura de segurança está relacionada com os diversos serviços de uma organização de saúde, desde os que prestam a assistência direta ao paciente até os serviços de apoio, onde se insere a higienização hospitalar.

4.3 HIGIENIZAÇÃO HOSPITALAR

O Serviço de Higienização Hospitalar é responsável pela limpeza, desinfecção e conservação de superfícies fixas e mobiliário nas diversas áreas da instituição. Tem o propósito de limpar e preparar os ambientes, as instalações e os mobiliários para suas atividades. (BRASIL, 2012).

A limpeza do ambiente é caracterizada com frequência apenas como uma necessidade, uma questão de boas práticas e até de estética relacionadas ao ambiente, sem um caráter científico, não sendo reconhecida como um instrumento de intervenção na prevenção da transmissão de microrganismos. (DANCER, 2009; FERREIRA et al., 2011; SANTOS et al., 2013).

Vale destacar que a avaliação visual da limpeza não garante que o ambiente higienizado esteja livre de microrganismos com potencial patogênico, os quais são invisíveis a olho nu e sua existência não está condicionada a presença de sujeira visual. (DANCER, 2009).

O papel do ambiente como agente na transmissão de infecções não é totalmente aceito, mas evidências sugerem que superfícies com presença de microrganismos patogênicos são fator de risco para as infecções. (FERREIRA et al., 2011; OLIVEIRA; VIANA, 2014). Mulvey et al. (2011) contrapõem que as elevações dos indicadores de IRAS estão ligadas à contaminação do ambiente hospitalar, mas reforçam que não existe clareza acerca da relevância do papel da limpeza na prevenção e controle dessas infecções.

Dancer (2009), considera que a limpeza recebe pouca atenção da comunidade científica, apesar de ter papel fundamental na prevenção de infecções. Grande parte das pesquisas na área da saúde são voltadas para os profissionais da área médica, enfermeiros e outras categorias, e poucos estudos são realizados tendo como base o profissional da área da higiene hospitalar. (ZUBERI; PTASHNICK, 2011).

Tradicionalmente, as áreas dos serviços de saúde são definidas de acordo com o risco potencial de contaminação, baseadas nas atividades realizadas nessas áreas, conforme demonstra o QUADRO 2. Essa classificação serve para nortear o planejamento das atividades do serviço de higienização.

QUADRO 2 - CLASSIFICAÇÃO DAS ÁREAS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DEACORDO COM O RISCO POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO

| Classificação | Definição | Unidades/Setores |
|---------------------------|---|--|
| Áreas críticas | Risco aumentado de transmissão de infecção; ambiente onde são realizados procedimentos de risco, na presença ou não de pacientes; unidades onde se encontram pacientes imunodeprimidos. | Unidade de terapia intensiva (UTI), centro cirúrgico (CC), centro obstétrico (CO), unidades de isolamento, banco de sangue, laboratório de análises clínicas, setor de hemodinâmica, unidade de transplante, unidade de queimados, central de material e esterilização (CME), lactário, serviço de nutrição e dietética (SND). |
| Áreas semicríticas | Unidades ocupadas por pacientes com doenças infecciosas de baixa transmissibilidade e doenças não infecciosas. | Unidades de internação (enfermarias e apartamentos), ambulatórios, posto de enfermagem, elevador e corredores. |
| Áreas não-críticas | Setores não ocupados por pacientes e onde não se realizam procedimentos. | Áreas administrativas, vestiário, almoxarifado, copa, sala de costura, capela. |

FONTE: ANVISA (2012).

Segundo a ANVISA (2012), a classificação baseada no risco de potencial de contaminação tem sido questionada, pois o risco está relacionado aos procedimentos a que o paciente é submetido, sem considerar a área em que ele se encontra. Existem evidências de que os locais mais próximos do paciente, onde as mãos tocam (*hand-touch*), apresentam maior risco de potencial de contaminação. (DANCER, 2009; SMITH et al., 2012).

A ANVISA (2012) define que a limpeza consiste na remoção da sujidade, utilizando-se de meios mecânicos, físicos e químicos. Os processos de limpeza envolvem a limpeza concorrente (diária) e terminal, sendo:

Limpeza concorrente como o procedimento de limpeza realizado, diariamente, em todas as unidades, na presença ou não do paciente, com a finalidade de limpar e organizar o ambiente, repor os materiais de consumo diário.

Limpeza terminal é a limpeza mais completa, incluindo piso, paredes e tetos, realizada na unidade do paciente após a alta hospitalar, transferências, óbitos ou nas internações de longa duração.

Considerando que as superfícies representam importante reservatório de microrganismos, a limpeza e a desinfecção de forma eficiente se qualificam como importantes fatores de prevenção na transmissão desses microrganismos e, como consequência, na garantia da segurança do paciente. (MOURA et al., 2017).

5 METODOLOGIA

Nesse capítulo será abordada a construção do estudo para o alcance dos objetivos aqui propostos. Dessa forma serão descritos: tipo de pesquisa, local e período da pesquisa, participantes, etapas do estudo e percurso metodológico, análise dos dados e aspectos éticos.

5.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, de natureza descritiva e exploratória e abordagem quanti-qualitativa.

A pesquisa avaliativa tem como objetivo principal a produção de conhecimento, é delineada para identificar os impactos produzidos pelas ações que serão avaliadas (NOVAES, 2000). Na área da saúde, avaliar baseia-se em empregar um juízo de valor referente a uma intervenção. (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Novaes (2000) identifica três tipos de avaliação: investigação avaliativa, avaliação para decisão e avaliação para gestão.

No desenvolvimento dessa pesquisa será utilizada a avaliação para gestão. Novaes (2000) elenca os principais critérios que orientam esse tipo de avaliação. O QUADRO 3 apresenta esses critérios, seguidos da elucidação de como serão abordados na presente pesquisa.

Tanaka e Tamaki (2012), definem avaliação para gestão como uma avaliação que envolve aspectos técnicos, administrativos e políticos que influenciam a tomada de decisão, e que geram informações que servirão de bases para as intervenções na área da saúde.

A pesquisa descritiva visa descrever as características de um grupo ou população, ou identificar relação entre variáveis. Ela tem como característica predominante a utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados tais como questionários; a aplicação do questionário de cultura de segurança refere-se a esse tipo de pesquisa. (GIL, 2002).

E relação à pesquisa exploratória, essa proporciona maior familiaridade com o problema, tornando-o mais evidente. (GIL, 2002).

QUADRO 3 – CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO PARA GESTÃO E COMO SERÃO ABORDADOS NA PESQUISA

| CRITÉRIOS | AVALIAÇÃO PARA GESTÃO | ABORDAGEM NESSA PESQUISA |
|--|---|--|
| Objetivo | Produção de informação que contribua para o aprimoramento. | Obter dados para a avaliação da cultura de segurança dos enfermeiros e para o planejamento de ações voltadas para a melhoria dos processos de trabalho do serviço de higienização. |
| Posição do avaliador | Interno e externo. A presença do avaliador interno é essencial pois é nos seus termos que se dá a participação do avaliador externo. | Interna (pesquisador) e externa (enfermeiros). |
| Enfoque priorizado | Caracterização/quantificação. Está relacionado com o objetivo, é a caracterização de uma condição e a sua tradução em medidas que possam ser quantificadas e replicadas. | O interno caracterizará o serviço seja na pesquisa de cultura de segurança ou na identificação de ações para melhoria do processo de trabalho do serviço de higienização. Já o externo traduzirá essas informações em medidas quantificáveis (resultado da pesquisa de cultura de segurança) e planejamento das ações voltadas para o serviço de higienização. |
| Metodologias dominantes | Quantitativo e qualitativo situacional (podendo estar também presentes instrumentos com abordagem qualitativa, desde que passíveis de uso padronizado). | Quantitativo (avaliação da cultura de segurança) e qualitativo situacional (avaliação dos enfermeiros em relação às estratégias para melhoria do serviço de higienização). |
| Utilização da informação | Instrumentos para gestão | Informação e instrumentalização para o planejamento das ações voltadas para melhoria dos processos do serviço de higienização. |
| Contexto | Natural | Contexto de atenção à saúde |
| Juízo formulado em relação à temporalidade | Normas integrado/contínuo. O resultado desejado é a proposição de critérios ou normas a serem incorporadas no desempenho rotineiro do objeto avaliado. | Plano de ação para melhoria contínua dos processos de trabalho do serviço de higienização. |

FONTE: Adaptada de Novaes (2000).

Para Lakatos e Marconi, (2017, p. 327) a pesquisa quantitativa utiliza o levantamento de dados e análise estatística para estabelecer padrões de

comportamento. Neste estudo, o levantamento de dados foi realizado por meio da aplicação do questionário de atitudes de segurança (SAQ).

Na abordagem qualitativa o problema é oriundo do contexto da população pesquisada. Nesse caso, o estudo transcorre numa situação natural, possibilitando o conhecimento dos detalhes e contextualizando a realidade. (LAKATOS; MARCONI, 2017).

5.2 LOCAL E PERÍODO DA PESQUISA

O estudo foi desenvolvido em uma Unidade Hospitalar da Secretaria de Estado da Saúde (SESA), que é um hospital de ensino referência em trauma no município de Curitiba PR. Considerado um hospital de alta complexidade para as áreas de Ortopedia, Neurologia e Obstetrícia, e média complexidade para Cirurgia geral, conta com atendimento 100% pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Atualmente a capacidade instalada da instituição é de duzentos e vinte e dois (222) leitos ativos, sendo divididos da seguinte forma: setenta e seis (76) leitos de Clínica cirúrgica, trinta e cinco (35) de Obstetrícia, quatro (04) de Infectologia, trinta (30) de Pediatria, dez (10) Uti neonatal e pediátrica, dez (10) de Cuidado intermediário neonatal, trinta (30) de UTI adulto e vinte e sete (27) de observação do Pronto-socorro.

A pesquisa foi desenvolvida no período de outubro de 2017 a junho de 2018.

5.3 PARTICIPANTES

Os participantes do estudo foram enfermeiros lotados na Diretoria de Enfermagem (DE) do referido hospital.

Ressalta-se que no organograma da instituição, além dos enfermeiros alocados na DE, há aqueles que ocupam cargos como diretores, gerentes de áreas assistenciais, administrativas e de apoio, e apoio e diagnóstico. Contudo, a opção de incluir apenas os enfermeiros lotados na DE se justifica por estes representarem o maior contingente da categoria na instituição, atuarem em todas as unidades de internação, e prestarem a assistência direta ao paciente.

De acordo com informação da Diretoria de Enfermagem da instituição, o número de enfermeiros lotados na DE era de 79 (setenta e nove) distribuídos nos

diversos setores, configurando assim os participantes do estudo, como demonstra o QUADRO 4.

QUADRO 4 - NÚMERO TOTAL DE ENFERMEIROS

| Setor | Nº de enfermeiros |
|--|-------------------|
| Direção de Enfermagem (DE) | 4 |
| Alojamento Conjunto (AC) | 2 |
| Centro Obstétrico (CO) | 8 |
| Centro Cirúrgico do Pronto Socorro (CC do PS) | 6 |
| Centro Cirúrgico Eletivo/Hospital Dia (CCE/HD) | 3 |
| Central de Material e Esterilização (CME) | 3 |
| Equipe de Administração Medicamentosa (EAM) | 2 |
| Clínica Cirúrgica (Posto 1) | 7 |
| Pediatria | 1 |
| Pronto Socorro (PS) | 13 |
| Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN) | 2 |
| UTI Clínico Cirúrgica (UTI CC) | 7 |
| UTI Geral (UTI G) | 13 |
| UTI Neo/Pediátrica (UTI NEO/PED) | 8 |
| TOTAL DE ENFERMEIROS | 79 |

FONTE: Adaptada da Direção de Enfermagem (2017).

Para se obter amostra com 95% de confiança, margem de erro igual a 5%, proporção de prevalência conservadora igual a 0,5 (para uma dada qualquer característica) e para um tamanho de população finita (79 funcionários), é necessário amostrar 66 funcionários do hospital ao todo, valor esse que é próximo ao valor populacional do referido grupo.

Com o objetivo de alcançar representatividade dos diferentes setores e número proporcional de enfermeiros, em um primeiro momento foi calculado o número de profissionais a serem amostrados para cada setor. Após isto, foi necessário arredondar o tamanho amostral de cada setor para o maior inteiro.

Após arredondamento, o tamanho amostral foi de 71 enfermeiros (valor superior a 66, devido ao arredondamento). Para realizar a amostragem estratificada proporcional em dois estágios (considerando tanto o setor como o turno), o tamanho amostral final foi de 79 enfermeiros. Nessas situações em que o tamanho amostral

calculado é próximo ao tamanho populacional, a literatura recomenda amostrar toda a população.

Os critérios de inclusão foram Enfermeiros lotados na Diretoria de Enfermagem, que atuassem há mais de seis meses na instituição. Juntamente com o questionário foi entregue aos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXOS 1 E 2). Excluíram-se os enfermeiros afastados no período de coleta de dados.

Para delineamento da amostra, considerou-se a totalidade da população dos enfermeiros lotados na DE, sem aplicação dos critérios de exclusão. Ao aplicar os critérios de exclusão, setenta profissionais atendiam e poderiam receber o instrumento, os quais foram entregues. Foram devolvidos sessenta e oito questionários, ocorrendo duas perdas.

5.4 ETAPAS DO ESTUDO E PERCURSO METODOLÓGICO

De acordo com Novaes (2000), a pesquisa baseia-se nos processos de gestão/organização, e foi realizada em duas etapas: 1) avaliação dos processos de gestão, e 2) planejamento das estratégias para intervenção, conforme demonstra o QUADRO 5.

QUADRO 5 - ETAPAS DA PESQUISA

(continua)

| OBJETIVOS | ETAPA | PARTICIPANTES | TÉCNICA DE COLETA DE DADOS | ANÁLISE DE DADOS E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS |
|--|---------------------------------------|----------------------------|---|---|
| Avaliar a cultura de segurança dos enfermeiros em um hospital de Curitiba. | 1 – Avaliação dos processos de gestão | Pesquisadora e enfermeiros | Aplicação do instrumento: Questionário de Atitudes de Segurança (Safety Attitudes Questionnaire) - SAQ. | Análise quantitativa: a análise estatística dos dados foi realizada por meio do Software R (R Core Team, 2017). |
| | | Pesquisadora e enfermeiros | Reunião com os enfermeiros – Utilização da Técnica de <i>Brainstorm</i> . | Análise qualitativa: Análise de conteúdo e definição da estratégia (avaliação para gestão) |

QUADRO 5 - ETAPAS DA PESQUISA

(conclusão)

| OBJETIVOS | ETAPA | PARTICIPANTES | TÉCNICA DE COLETA DE DADOS | ANÁLISE DE DADOS E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS |
|--|---|---------------|---|--|
| Planejar ações estratégicas voltadas para o serviço de higienização hospitalar com foco na qualidade e na segurança do paciente em conjunto com os enfermeiros | 2 – Planejamento das estratégias para intervenção | Pesquisadora | Categorias de ação definidas pelo <i>Brainstorm</i> . | Plano de ação Análise qualitativa |

Fonte: A autora (2018).

A seguir, as etapas serão detalhadas.

5.4.1 Etapa 1 – Avaliação dos processos de gestão

A avaliação foi realizada por meio da aplicação de duas técnicas de coleta de dados: 1) aplicação de um questionário para avaliação da cultura de segurança, e 2) realização de uma reunião com os enfermeiros aplicando a técnica de *Brainstorm*. A técnica será descrita a seguir, contemplando as duas formas de coleta de dados que foram utilizadas.

5.4.1.1 - Avaliação da cultura de segurança

Estudos têm sido realizados com o intuito de avaliar o *status* da cultura de segurança em organizações de saúde, com objetivo de fundamentar as intervenções de segurança, sejam estas avaliações aplicadas pré-intervenções ou após implementação destas ações. (REIS, 2014).

A avaliação da cultura de segurança em uma organização pode identificar as percepções e atitudes dos profissionais. Também pode ser utilizada como ferramenta de diagnóstico e apontar pontos de melhorias. (NIEVA; SORRA, 2003).

Para avaliar a cultura de segurança dos enfermeiros, o instrumento utilizado foi o “*Safety Attitudes Questionnaire – SAQ Short Form 2006*” (Anexo 3). Sexton *et al.* (2006), idealizadores do questionário, afirmam que o SAQ elabora um instantâneo da

cultura de segurança através de inquéritos de percepções de trabalhadores de primeira linha.

O SAQ é derivado do Questionário de Atitudes de Gerenciamento da Unidade de Terapia Intensiva que, por sua vez, foi baseado em um questionário utilizado na aviação comercial, o Questionário de Atitudes de Gerenciamento de Voo (*Flight Management Attitudes Questionnaire* - FMAQ), que mensura as atitudes da equipe em relação a trabalho e desempenho em equipe, liderança, comunicação e tomada de decisão. (SEXTON et al., 2006).

A validação do SAQ aconteceu entre os anos de 2000 e 2003 em três países: EUA, Reino Unido e Nova Zelândia, com profissionais de saúde (n = 10.843) de 203 áreas, incluindo unidades de terapia intensiva, salas cirúrgicas, unidades de internação e clínicas. (SEXTON et al., 2006). A confiabilidade da escala foi realizada por meio do coeficiente ρ de Raykov que foi de 0.90, o que demonstra forte confiabilidade.

Para esta pesquisa, foi utilizada a versão traduzida e adaptada transculturalmente para o Brasil por Carvalho (2011). A adaptação transcultural do SAQ seguiu as seguintes etapas tradução: síntese das traduções, retro tradução, síntese de retro tradução, revisão por um comitê de juízes, pré-teste, submissão e avaliação dos relatórios pelos autores do instrumento e avaliação psicométrica. (CARVALHO, 2011).

No Brasil, foram realizadas pesquisas com o intuito de avaliar a cultura de segurança utilizando versões adaptadas do SAQ de acordo com a realidade pesquisada, seja em unidades de centro cirúrgico ou transplante de medula óssea (CAUDURO et al., 2015; FERMO et al., 2106).

Nos referidos estudos, os pesquisadores concluíram que o uso do SAQ constituiu uma ferramenta adequada para diagnóstico local da cultura de segurança e a sensibilização dos profissionais em relação às atitudes que a evidenciam. (CAUDURO et al., 2015; FERMO et al., 2016). O SAQ é um questionário curto, de preenchimento rápido, pode ser utilizado para monitorar mudanças ao longo do tempo, e é uma ferramenta que já foi utilizada em diversos países. (THE HEALTH FOUNDATION, 2011).

A versão utilizada do SAQ contém 41 perguntas que utilizam seis domínios para medir a cultura de segurança e que são: clima de trabalho em equipe, satisfação no trabalho, percepção da gestão da unidade e do hospital, condições de trabalho e

reconhecimento de stress. O Quadro 6 apresenta a definição dos seis domínios e exemplos dos itens.

QUADRO 6 - APRESENTAÇÃO DOS SEIS DOMÍNIOS DO INSTRUMENTO SAQ COM SUAS RESPECTIVAS DEFINIÇÕES

| Domínios | Descrição | Exemplos de itens |
|--|---|--|
| Clima de trabalho em equipe Itens 1 a 6 | Compreende a qualidade do relacionamento. | Os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada. |
| Clima de segurança Itens 7 a 13 | Avalia a percepção dos profissionais quanto ao comprometimento organizacional para segurança do paciente. | Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente. |
| Satisfação no trabalho Itens 15 a 19 | É a visão positiva do local de trabalho. | Eu gosto do meu trabalho. |
| Percepção do estresse Itens 20 a 23 | Trata do reconhecimento do quanto os fatores estressores influenciam na execução do trabalho. | Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado. |
| Percepção da gerência da unidade e do hospital Itens 24 a 29 | Refere-se à aprovação das ações da gerência quanto às questões de segurança. | A administração está fazendo um bom trabalho. |
| Condições de trabalho Itens 30 a 32 | Refere-se à percepção da qualidade do ambiente de trabalho. | Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados |

FONTE: CARVALHO (2011).

O instrumento é dividido em duas partes, uma composta por 41 questões e a outra com informações de sexo, profissão e tempo na especialidade. A pontuação final do instrumento varia de 0 a 100, em que zero representa a pior percepção do clima de segurança e 100 representa a melhor percepção. Os valores são considerados positivos quando a pontuação total é maior ou igual a 75. A pontuação é ordenada da seguinte forma: Discordo Totalmente (DT), que corresponde à letra A e é igual a 0 pontos; a letra B diz respeito à opção Discordo Parcialmente (DP), sendo igual a 25 pontos; já o neutro (N), representado pela letra C é igual a 50 pontos; a letra D, Concordo Parcialmente (CP) é igual a 75 pontos, a letra E representa a resposta Concordo Totalmente (CT) e é igual a 100 pontos e por último o X, para Não se aplica, que é igual a 0 pontos (CARVALHO, 2011).

Para aplicação do questionário foram utilizadas as seguintes abordagens: participação do pesquisador em reunião de coordenação em que estavam presentes a diretora de Enfermagem, gerentes e coordenadores das áreas para apresentação

dos objetivos da pesquisa e o questionário. Outra abordagem utilizada foi a ida ao setor do enfermeiro para convidá-lo a participar da pesquisa. Em situações em que o contato pessoal com o participante não foi possível, foi utilizado o recurso de mensagens via celular, convidando-o a participar. Juntamente com o questionário e o TCLE, foi disponibilizada uma orientação para o preenchimento do SAQ, caso o participante optasse em preenchê-lo sem a presença do pesquisador. O tempo de preenchimento do questionário variou de 10 a 15 minutos.

Todos os participantes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para preenchimento, e uma cópia, devidamente assinada, ficou com o entrevistado.

5.4.1.2 – Reunião com os enfermeiros

Para a execução desta etapa, os enfermeiros foram convidados a participar de uma reunião em abril de 2018, que foi dividida em três partes. Na primeira, foram apresentados os resultados da pesquisa de cultura de segurança, na segunda foi realizada a reunião com a utilização da técnica do *Brainstorm* com o objetivo de definir estratégias para a melhoria dos processos de trabalho do serviço de higienização, e na terceira, foram definidos os temas para a proposta de intervenção.

Para essa etapa foi utilizado o *Brainstorm* que é um método criado pelo publicitário Alex Osborn. O termo refere-se a uma reunião de duas ou mais pessoas, na qual emergem as ideias os conceitos, momento para gerar ideias e aproveitar o pensamento coletivo da equipe (SANTOS; BARROS, 2012; FROZZA; KIPPE, 2016).

O objetivo da técnica é estimular o encadeamento de ideias, e pode ser utilizado para se referir tanto à reunião, como ao processo criativo individual. (SANTOS; BARROS, 2012).

Participaram da reunião quinze (15) enfermeiros da DE, representando setores do hospital: Direção de Enfermagem, UTIs, Pronto-socorro, Centros cirúrgicos, Central de material e esterilização, Equipe de administração de medicamentos e Unidades de internação (Pediatria, Alojamento conjunto e Posto 1). Participou também um enfermeiro do Núcleo de Epidemiologia e Controle de Infecção Hospitalar (NECIH). Ressalta-se que dos enfermeiros presentes na reunião, cinco não participaram da coleta de dados da pesquisa de avaliação da cultura de segurança,

pois quatro deles foram admitidos após a realização da mesma e o enfermeiro do NECIH por ser de um setor que não faz parte da DE.

Foi realizada uma breve explanação dos resultados da pesquisa de cultura de segurança, pelo pesquisador, e a seguir foi apresentado aos participantes como seria conduzido o *Brainstorm*, as regras para sua realização foram pactuadas com o grupo e seguido um roteiro preestabelecido pelo pesquisador (QUADRO 7):

QUADRO 7 – ROTEIRO DO *BRAINSTORM*

Roteiro para o *Brainstorm*

- Indicação de um facilitador para conduzir o *Brainstorm*, que não poderia ser o pesquisador.
- Definição do tempo de quinze minutos para “chuva de ideias”; podendo ser prorrogado por mais cinco minutos.
- Regras pactuadas:
 - todos podem apresentar suas ideias;
 - as ideias apresentadas não poderiam ser criticadas;
 - o intuito era melhorar as ideias dos outros;
- Registro das ideias.
- Permissão para gravar a dinâmica (áudio).
- No final da dinâmica, foram selecionadas as melhores ideias.
- Definição de quais são as ideias mais apropriadas para proposta de intervenção.

FONTE: A autora (2018).

Após a definição do nome do enfermeiro facilitador, foi combinado com o grupo que o tempo seria inicialmente de quinze minutos para a exposição das ideias, podendo ser prorrogado por mais cinco minutos.

Com o intuito de fornecer uma linha de raciocínio para os participantes foi estabelecida pelo pesquisador um Questão Disparadora, que foi:

Quais são as estratégias capazes de melhorar os processos de trabalho do serviço de higienização, que favoreçam a qualidade e a segurança do paciente?

Os enfermeiros iniciaram as sugestões, sem interrupções; algumas sugestões foram complementadas por outro participante. O tempo foi prorrogado por cinco minutos e as sugestões foram digitadas pelo mediador e projetadas em *Powerpoint* para que todos pudessem acompanhar o que foi sugerido.

Após o término das sugestões, o grupo optou por analisar as sugestões, e conforme essa análise acontecia, as sugestões foram sendo agrupadas em temas

definidos pelos próprios participantes, as ideias bem como os temas sugeridos pelos enfermeiros.

A segunda e a terceira partes da reunião, o *Brainstorm* e o planejamento das intervenções, foram gravadas com autorização do grupo e, posteriormente, foi realizada a transcrição literal das falas.

Para a transcrição das falas o áudio da reunião foi ouvido exhaustivamente e as falas digitadas em documento do Word. Os participantes foram codificados como E1, E2, E3 sucessivamente, conforme a ordem de aparição na transcrição.

5.4.2 Etapa 2 – Planejamento das estratégias para intervenção

Após o grupo de enfermeiros identificar a necessidade de implementar ações para melhoria do processo de trabalho do serviço de higienização e definir os temas que serão abordados para o planejamento das intervenções, o pesquisador, de posse dessas informações, utilizou a ferramenta Plano de Ação para operacionalizar as intervenções propostas.

De acordo com Dagnino (2012, p. 138), o “Plano é uma construção que implica em uma estratégia e um conjunto de táticas a implementar, e que demanda gente em condições de realizar e de coordenar as ações a serem executadas”. O plano se concretiza na ação e requer constante avaliação e revisão do que foi planejado. (DAGNINO, 2012).

A seguir são elencados os elementos necessários à formulação de um plano de ação, segundo Dagnino (2012):

- ✓ descrição da situação-problema em que se quer atuar;
- ✓ problemas precisos a enfrentar;
- ✓ objetivos bem definidos;
- ✓ identificação de interessados e de beneficiários;
- ✓ nome do plano (aspecto comunicacional);
- ✓ principais ações a realizar, trajetória, encadeamento;
- ✓ definição de responsáveis, rede de ajuda e parceiros;
- ✓ previsão de recursos necessários, produtos e resultados esperados;
- ✓ indicação do prazo de maturação dos resultados;
- ✓ indicadores para verificação do andamento dos trabalhos, produtos, uso de recursos, contexto e resultados.

Baseado nos elementos estabelecidos por Dagnino (2012), o plano de ação foi elaborado com a seguinte configuração: problemas a enfrentar, objetivos, identificação dos interessados, ações a realizar, definição de responsáveis e parceiros, prazo de operacionalização das ações, recursos e avaliação, conforme modelo no ANEXO 5.

5.5 ANÁLISE DOS DADOS

Em relação à pesquisa de cultura de segurança os dados quantitativos foram inseridos em planilha eletrônica Excel® e posteriormente foi realizada a análise estatística com o Software R (R Core Team, 2017).

Os escores foram contados da seguinte forma: primeiramente os resultados das questões 2, 11 e 36, que são reversas, foram recodificadas, portanto respostas preenchidas como concordo totalmente foram invertidas e passaram a ser discordo totalmente e assim para todas as respostas das questões reversas (CARVALHO, 2011).

Após realizada a inversão as questões foram agrupadas por domínios, então calculou-se a soma das respostas dos itens de cada domínio e dividiu-se o resultado pelo número de itens de cada domínio. Exemplo: o domínio Satisfação no Trabalho é composto por cinco questões. Se as repostas para esse domínio foram respectivamente: concorda parcialmente (75 pontos), neutro (50 pontos), concorda parcialmente (75 pontos), discorda parcialmente (25 pontos) e neutro (50 pontos), o valor do escore desse domínio é 50, resultado do seguinte cálculo: $75 + 50 + 75 + 25 + 50 / 5 = 50$. (CARVALHO, 2011).

Já a mediana foi calculada da forma convencional: ordenaram-se todos os valores e foi selecionado aquele que separa o conjunto de dados exatamente ao meio. Como tivemos 68 respondentes (número par), a mediana foi o elemento que ficou entre a posição 34 e 35.

A análise dos dados obtidos na reunião com os enfermeiros, com o *Brainstorm*, foi realizada após a transcrição do áudio gravado durante a reunião. As falas foram organizadas em temas conforme a própria sugestão dos enfermeiros

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

Para a realização da pesquisa, foram considerados todos os aspectos éticos previstos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde/UFPR. Parecer CEP/SD-PB. nº 2024970. CAAE: 66939717.3.0000.0102 (Anexo 6) e a ementa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital do Trabalhador/SES/PR, como Instituição Coparticipante, sob o Parecer nº 2.634.621. CAAE: 66939717.3.3002.5225 (ANEXO 7).

6 RESULTADOS

Nesse capítulo serão apresentados os resultados das Etapas 1 e 2 explanadas no capítulo anterior.

6.1 ETAPA 1 – AVALIAÇÃO DOS PROCESSOS DE GESTÃO

6.1.1 Avaliação da cultura de segurança

6.1.1.1 Caracterização dos participantes

Foram entregues setenta (70) questionários, tendo em vista que foi aplicado o critério de exclusão pois nove enfermeiros trabalhavam na instituição a menos de seis meses.

Dos 70 questionários entregues, dois não foram devolvidos, dessa forma, obtiveram-se 68 questionários respondidos.

No que se refere à segunda parte do SAQ, relacionado às características sociodemográficas, observa-se na análise dos dados coletados que houve predominância do sexo feminino, 82,35%, sendo que apenas 17,65% dos participantes eram do sexo masculino.

A TABELA 1 apresenta a frequência absoluta e relativa (%) das variáveis do perfil dos participantes do estudo, bem como o tempo na especialidade e tempo na instituição.

A maioria dos entrevistados trabalha entre 11 e 20 anos na especialidade, 39,71%. O tempo na especialidade referido como menor que 6 meses por 3 participantes pode ser um equívoco na marcação deste item, pois as pesquisas só foram aplicadas aos enfermeiros que estavam havia mais de seis meses na instituição, com base na informação fornecida pela Diretoria de Enfermagem.

Em relação ao tempo na instituição, observou-se que a maioria dos profissionais está entre 3 e 4 anos, o que representou 20 profissionais. Quanto ao número de profissionais entre 5 e 10 anos e 11 e 20 anos, correspondem a 16 e 17 profissionais, respectivamente, conforme TABELA 1.

TABELA 1 - FREQUÊNCIA ABSOLUTA E RELATIVA (%) DAS VARIÁVEIS DO PERFIL DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

| | Frequência | Percentual (%) |
|-------------------------------|-------------------|-----------------------|
| Sexo | | |
| Masculino | 12 | 17.65 |
| Feminino | 56 | 82.35 |
| Tempo na Especialidade | | |
| < 6 meses | 3 | 4,41 |
| 6 a 11 meses | 0 | 0 |
| 1 a 2 anos | 5 | 7.35 |
| 3 a 4 anos | 11 | 16.18 |
| 5 a 10 anos | 14 | 20.59 |
| 11 a 20 anos | 27 | 39.71 |
| 21 ou + | 7 | 10.29 |
| Informação faltante | 1 | 1.47 |
| Tempo na Instituição | | |
| < 6 meses | 0 | 0 |
| 6 a 11 meses | 3 | 4.41 |
| 1 a 2 anos | 9 | 13.24 |
| 3 a 4 anos | 20 | 29.41 |
| 5 a 10 anos | 16 | 23.53 |
| 11 a 20 anos | 17 | 25 |
| 21 ou + | 3 | 4.41 |

FONTE: A autora (2018).

Conforme dados da TABELA 2, as respostas demonstram que existe uma diferença mínima entre o número de enfermeiros por vínculos, sendo que 35 são funcionários celetistas, que correspondem a 51,47% do total e, 33 são servidores públicos (48.53%). Em relação à variável turno de trabalho, a maior parte dos enfermeiros participantes (73,53%) trabalha no período diurno.

TABELA 2 - FREQUÊNCIA ABSOLUTA E RELATIVA (%) DAS VARIÁVEIS VÍNCULO E TURNO DE TRABALHO

| Variáveis | Frequência | Percentual (%) |
|--------------------------|-------------------|-----------------------|
| Vínculo | | |
| Servidor Público | 33 | 48.53 |
| Funcionário Celetista | 35 | 51.47 |
| Turno de Trabalho | | |
| Diurno | 50 | 73.53 |
| Noturno | 18 | 26.47 |

FONTE: A autora (2018).

6.1.1.2 Criação dos domínios

A versão do SAQ utilizada nessa pesquisa contém 41 perguntas que utilizam seis domínios para medir a cultura de segurança, que são: clima de trabalho em equipe, clima de segurança, satisfação no trabalho, percepção da gestão da unidade e do hospital, condições de trabalho e reconhecimento de stress.

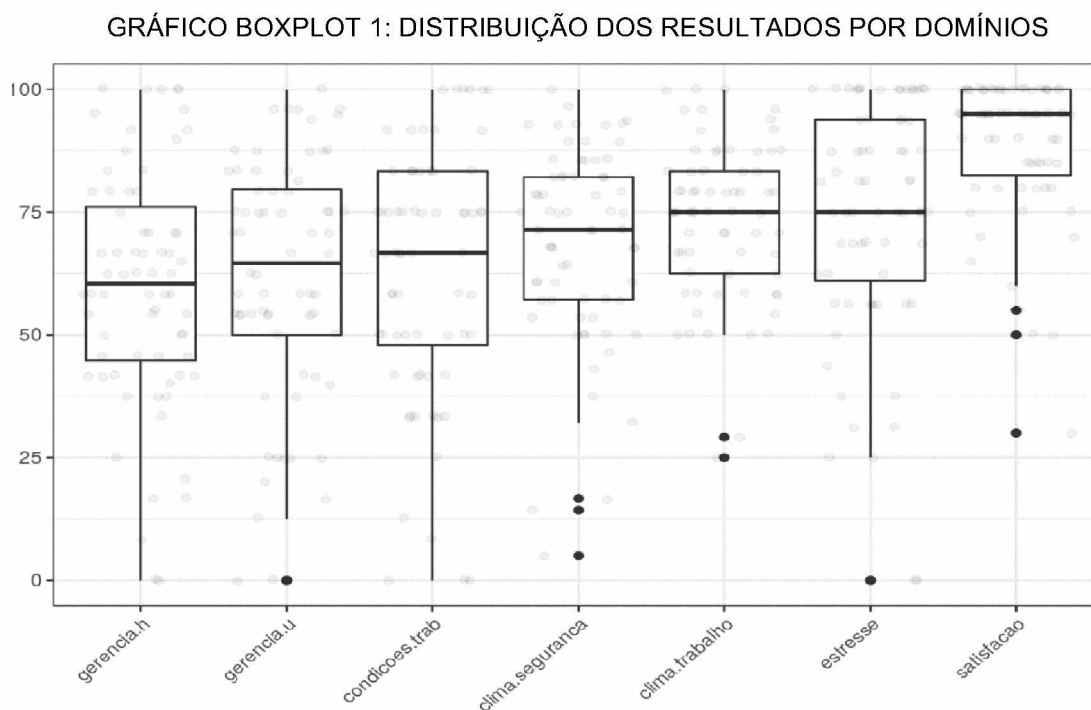
Nesse estudo, optou-se em fazer a apresentação dos resultados por domínios. A TABELA 3 apresenta os resultados de média e mediana de cada domínio.

TABELA 3 - APRESENTAÇÃO DA MÉDIA E MEDIANA POR DOMÍNIO

| | Média | Mediana |
|-----------------------------------|--------------|----------------|
| Clima de trabalho em equipe | 73,50 | 75 |
| Clima de segurança | 68,75 | 71,43 |
| Satisfação no trabalho | 88,48 | 95 |
| Percepção do estresse | 73,84 | 75 |
| Percepção da gerência da unidade | 61,12 | 64,58 |
| Percepção da gerência do hospital | 59,61 | 60,42 |
| Condições de trabalho | 62,19 | 66,67 |

FONTE: A Autora (2018).

O gráfico Boxplot 1 evidencia a distribuição dos resultados de cada domínio, no qual se observa que o domínio melhor avaliado é o domínio Satisfação no trabalho, e a avaliação para o domínio Percepção da gerência da unidade e hospitalar apresentou os piores resultados.



A seguir serão apresentados os resultados encontrados para cada domínio.

6.1.1.2.1 Domínio Clima de trabalho em equipe

Esse domínio é composto pelas questões de 1 a 6. Na Tabela 4 é apresentada a distribuição das respostas dos profissionais referentes ao clima de trabalho em equipe. Retratam as categorias Discordo Totalmente (DT), Discordo Parcialmente (DP), Neutro (N) Concordo Parcialmente (CP) e Concordo Totalmente (CT), Não se Aplica, Informação Faltante e Anulada (duas respostas), distribuídas de acordo com sua frequência absoluta e relativa (%).

Na TABELA 4 observa-se as respostas para cada afirmativa. Na questão 1, 49% dos respondentes concordam parcialmente que as sugestões do enfermeiro são bem recebidas. A questão 2, “Nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente”, que é reversa, apresentou o maior índice de respostas na variável discordo parcialmente, 35%.

Nessa mesma tabela, para a questão 4 que se refere ao apoio recebido de membros de outras equipes para cuidar dos pacientes encontramos 51% das respostas na variável concordo parcialmente e 56% dos participantes concordam

totalmente com afirmativa da questão 5 que é fácil para os profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem,

TABELA 4 - DISTRIBUIÇÕES DAS RESPOSTAS REFERENTE AO DOMÍNIO CLIMA DE TRABALHO EM EQUIPE

| SAQ | DT N (%) | DP N (%) | N N (%) | CP N (%) | CT N (%) | Não se aplica N (%) | Informação faltante N (%) | Anulada – 2 respostas N (%) |
|---|-------------|----------------------------|-------------|----------------------------|----------------------------|------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|
| 1. As sugestões do (a) enfermeiro (a) são bem recebidas nesta área | 1; (1%) | 3; (4%) | 4; (6%) | 33; (49%) | 27; (40%) | | | |
| 2. (R) Nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente. | 6; (9%) | 24; (35%) | 4; (6%) | 16; (24%) | 18; (26%) | | | |
| 3. Nesta área, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado (ex: não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente) | 4; (6%) | 7; (10%) | 8; (12%) | 20; (29%) | 29; (43%) | | | |
| 4. Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes | 1; (1%) | 5; (7%) | 3; (4%) | 35; (51%) | 23; (34%) | 1; (1%) | | |
| 5. É fácil para os profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem | 4; (6%) | 6; (9%) | 4; (6%) | 15; (22%) | 38; (56%) | 1; (1%) | | |
| 6. Os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada | 1; (1%) | 4; (6%) | 3; (4%) | 44; (65%) | 15; (22%) | | 1; (1%) | |

FONTE: A autora (2018).

LEGENDA: DT- Discordo Totalmente, DP - Discordo Parcialmente, N – Neutro, CP - Concordo Parcialmente, CT - Concordo Totalmente, Não se Aplica, Informação Faltante e Anulada.

6.1.1.2.2 Domínio Clima de segurança

As questões de 7 a 13 configuram esse domínio. A análise da distribuição das respostas do domínio clima de segurança na TABELA 5, evidencia que as questões 7, 9 e 12 que tratam do reconhecimento de um ambiente seguro para o paciente apresentam índices de resposta “Concordo Totalmente” igual ou superior a 50%. Já a questão 11, “nesta área, é difícil discutir sobre erros”, que é uma questão reversa,

apresentou o maior índice de respostas Discordo Parcialmente, 34%. Para as questões 10 e 13, referentes ao desempenho e à cultura de aprender com os erros, encontra-se o maior índice de respostas “Neutras”, 16 e 15%, respectivamente. A cultura de que os erros são tratados de forma apropriada na questão 8, apresentou média de 21%, igual para as categorias “Discordo Parcialmente e Concordo Totalmente”.

TABELA 5 – DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS REFERENTE AO DOMÍNIO CLIMA DE SEGURANÇA

| SAQ | DT N (%) | DP N(%) | N N(%) | CP N (%) | CT N(%) | Não se aplica N (%) | Informação faltante N (%) | Anulada (2 respostas) N (%) |
|--|-------------|----------------------------|----------------------------|--------------|----------------------------|------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| 7. Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente | 1; (1%) | 7; (10%) | 3; (4%) | 18; (26%) | 37; (54%) | | 2; (3%) | |
| 8. Erros são tratados de modo apropriado nesta área | 4; (6%) | 14; (21%) | 3; (4%) | 32; (47%) | 14; (21%) | 1; (1%) | | |
| 9. Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área | 2; (3%) | 4; (6%) | 2; (3%) | 21; (31%) | 38; (56%) | 1; (1%) | | |
| 10. Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho | 9; (13%) | 11; (16%) | 11; (16%) | 20; (29%) | 16; (24%) | 1; (1%) | | |
| 11. Nesta área, é difícil discutir sobre erros | 9; (13%) | 23; (34%) | 7; (10%) | 15; (22%) | 13; (19%) | 1; (1%) | | |
| 12. Sou encorajado(a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente | 4; (6%) | 6; (9%) | 7; (10%) | 16; (24%) | 34; (50%) | 1; (1%) | | |
| 13. A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros | 5; (7%) | 5; (7%) | 10; (15%) | 26; (38%) | 21; (31%) | 1; (1%) | | |

FONTE: A autora (2018).

LEGENDA: DT- Discordo Totalmente, DP - Discordo Parcialmente, N – Neutro, CP - Concordo Parcialmente, CT - Concordo Totalmente, Não se Aplica, Informação Faltante e Anulada.

6.1.1.2.3 Domínio Satisfação no trabalho

O domínio satisfação no trabalho, composto pelas questões de 15 a 19. As repostas encontradas na TABELA 6, representam o domínio Satisfação no trabalho, no qual as avaliações para as questões 15, 17 e 18 que representam a satisfação e o

orgulho dos participantes em trabalhar na instituição foram 81%, 79% e 82% respectivamente, para a variável “Concordo Totalmente”.

TABELA 6 – DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS REFERENTE AO DOMÍNIO SATISFAÇÃO NO TRABALHO

| SAQ | DT N (%) | DP N (%) | N N (%) | CP N (%) | CT N (%) | Não se aplica N (%) | Informação faltante N (%) | Anulada (2 respostas) N (%) |
|--|-------------|-------------|--------------|--------------|----------------------------|------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| 15. Eu gosto do meu trabalho | | | 4; (6%) | 7; (10%) | 55; (81%) | 2; (3%) | | |
| 16. Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família. | 2; (3%) | 1; (1%) | 5; (7%) | 12; (18%) | 45; (66%) | 2; (3%) | | 1; (1%) |
| 17. Este é um bom lugar para trabalhar. | | 2; (3%) | 3; (4%) | 7; (10%) | 54; (79%) | 2; (3%) | | |
| 18. Eu me orgulho de trabalhar nesta área. | | 2; (3%) | 2; (3%) | 6; (9%) | 56; (82%) | 2; (3%) | | |
| 19. O moral nesta área é alto. | 2; (3%) | 6; (9%) | 10; (15%) | 25; (37%) | 24; (35%) | 1; (1%) | | |

FONTE: A autora (2018).

LEGENDA: DT- Discordo Totalmente, DP - Discordo Parcialmente, N – Neutro, CP - Concordo Parcialmente, CT - Concordo Totalmente, Não se Aplica, Informação Faltante e Anulada.

6.1.1.2.4 Domínio Percepção do estresse

Esse domínio é caracterizado nas questões 20 a 23. A TABELA 7 reproduz as respostas para as questões que configuram a percepção do estresse e observa-se que a opinião da maioria dos participantes concentra-se nas variáveis “Concordo Parcialmente” e “Concordo Totalmente” para as afirmativas apresentadas no questionário.

TABELA 7 – DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS REFERENTE AO DOMÍNIO PERCEPÇÃO DO ESTRESSE

| SAQ | DT N (%) | DP N (%) | N N (%) | CP N (%) | CT N (%) | Não se aplica N (%) | Informação faltante N (%) | Anulada (2 respostas) N (%) |
|--|--------------|--------------|------------|--------------|--------------|------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| 20. Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado. | 3; (4%) | 1; (1%) | 4; (6%) | 25; (37%) | 35; (51%) | | | |
| 21. Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado (a). | 2; (3%) | 7; (10%) | 2; (3%) | 18; (26%) | 36; (53%) | 3; (4%) | | |
| 22. Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis. | 7; (10%) | 8; (12%) | 2; (3%) | 23; (34%) | 26; (38%) | 2; (3%) | | |
| 23. O cansaço prejudica meu desempenho durante emergências (ex: reanimação cardiorrespiratória, convulsões). | 11; (16%) | 12; (18%) | 4; (6%) | 17; (25%) | 21; (31%) | 3; (4%) | | |

FONTE: A autora (2018).

LEGENDA: DT- Discordo Totalmente, DP - Discordo Parcialmente, N – Neutro, CP - Concordo Parcialmente, CT - Concordo Totalmente, Não se Aplica, Informação Faltante e Anulada.

6.1.1.2.5 Domínio Percepção da gerência da unidade e do hospital

As questões de 24 a 29 compõem a estrutura desse domínio, sendo que as questões 24 a 28 referem-se à percepção do participante em relação à gerência da unidade e do hospital.

O pior domínio avaliado foi a gerência hospitalar, cuja média foi igual a 59,61 e a mediana igual a 60,42, e o padrão das respostas dos profissionais, foram mais significativos nas variáveis “Neutro” e “Concordo Parcialmente”.

A TABELA 8 organiza a distribuição dessas respostas. Observa-se nas questões de 24 a 28, tanto da unidade quanto no hospital, a presença das respostas ‘Não se aplica’ e ‘Informação faltante’ sendo que na questão 24, 16% dos questionários constaram com Informação faltante.

A mesma questão 24, que trata da percepção do participante em relação ao apoio da administração aos esforços diários, aponta que 37% dos respondentes concordam totalmente com a afirmação quando relacionado à gerência da unidade, e, 24% concordam totalmente quando relacionado à gerência do hospital.

Na questão 25, o maior número de respostas concentrou-se na variável discordo totalmente, 28% para a gerência da unidade e 31% para a gerência do hospital, demonstrando que os participantes discordam da afirmativa que a administração não compromete conscientemente a segurança do paciente.

Entretanto, a questão 26, que está relacionada a administração fazer um bom trabalho, apresenta resultados maiores para variável concordo totalmente, sendo 44% na gerência da unidade e 41% do hospital.

TABELA 8 – DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS REFERENTE AOS DOMÍNIOS PERCEPÇÃO DAS GERÊNCIAS DA UNIDADE E DO HOSPITAL

(continua)

| SAQ | DT N (%) | DP N (%) | N N (%) | CP N (%) | CT N (%) | Não se aplica N (%) | Infor mação faltan te N (%) | Anula da (2 respo stas) N (%) |
|---|----------------------------|--------------|--------------|--------------|----------------------------|------------------------------|---|---|
| 24. A administração apoia meus esforços diários: (Unidade). | 4; (6%) | 2; (3%) | 7; (10%) | 18; (26%) | 25; (37%) | 1; (1%) | 11; (16%) | |
| 24. A administração apoia meus esforços diários: (Hospital). | 7; (10%) | 7; (10%) | 14; (21%) | 19; (28%) | 16; (24%) | 1; (1%) | 4; (6%) | |
| 25. A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente: (Unidade). | 19; (28%) | 5; (7%) | 5; (7%) | 15; (22%) | 12; (18%) | 3; (4%) | 9; (13%) | |
| 25. A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente: (Hospital). | 21; (31%) | 4; (6%) | 11; (16%) | 13; (19%) | 12; (18%) | 2; (3%) | 5; (7%) | |
| 26. A administração está fazendo um bom trabalho: (Unidade). | 1; (1%) | 1; (1%) | 7; (10%) | 18; (26%) | 30; (44%) | 1; (1%) | 10; (15%) | |
| 26. A administração está fazendo um bom trabalho: (Hospital). | 1; (1%) | 3; (4%) | 8; (12%) | 21; (31%) | 28; (41%) | 1; (1%) | 6; (9%) | |
| 27. Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa: (Unidade). | 7; (10%) | 7; (10%) | 11; (16%) | 18; (26%) | 16; (24%) | 1; (1%) | 8; (12%) | |
| 27. Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa(o): (Hospital). | 8; (12%) | 16; (24%) | 13; (19%) | 14; (21%) | 13; (19%) | 1; (1%) | 3; (4%) | |
| 28. Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do (a): (Unidade). | 4; (6%) | 8; (12%) | 6; (9%) | 13; (19%) | 27; (40%) | 2; (3%) | 8; (12%) | |

TABELA 8 - DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS REFERENTE AOS DOMÍNIOS PERCEPÇÃO DAS GERÊNCIAS DA UNIDADE E DO HOSPITAL

| SAQ | DT N (%) | DP N (%) | N N (%) | CP N (%) | CT N (%) | (conclusão) | | |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| | | | | | | Não se aplica N (%) | Informação faltante N (%) | Anulada (2 respostas) N (%) |
| 28. Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do (Hospital). | 4; (6%) | 10; (15%) | 12; (18%) | 18; (26%) | 19; (28%) | 2; (3%) | 3; (4%) | |
| 29. Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes | 13; (19%) | 17; (25%) | 2; (3%) | 26; (38%) | 10; (15%) | | | |

FONTE: A autora (2018).

LEGENDA: DT- Discordo Totalmente, DP - Discordo Parcialmente, N – Neutro, CP - Concordo Parcialmente, CT - Concordo Totalmente, Não se Aplica, Informação Faltante e Anulada.

6.1.1.2.6 Domínio Condições de trabalho

O domínio Condições de trabalho, que é composto pelas questões 30 a 32. A TABELA 9 aponta que a questão 31, relacionada à percepção do respondente de que as informações necessárias para as decisões diagnósticas estão disponíveis rotineiramente, teve a melhor avaliação na qual 40% responderam que concordam totalmente com a afirmação.

TABELA 9 – DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS REFERENTE AO DOMÍNIO CONDIÇÕES DE TRABALHO

| SAQ | DT N (%) | DP N (%) | N N (%) | CP N (%) | CT N (%) | Não se aplica N (%) | Informação faltante N (%) |
|---|--------------|--------------|-------------|--------------|--------------|------------------------|------------------------------|
| 30. Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros | 11; (16%) | 14; (21%) | 8; (12%) | 24; (35%) | 11; (16%) | | |
| 31. Toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim. | 4; (6%) | 8; (12%) | 6; (9%) | 21; (31%) | 27; (40%) | 2; (3%) | |
| 32. Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados | 6; (9%) | 13; (19%) | 7; (10%) | 20; (29%) | 17; (25%) | 5; (7%) | |

FONTE: A autora (2018).

LEGENDA: DT- Discordo Totalmente, DP - Discordo Parcialmente, N – Neutro, CP – Concordo Parcialmente, CT - Concordo Totalmente, Não se Aplica, Informação Faltante e Anulada.

6.1.1.2.7 Outras questões

As questões 14, 33, 34, 35 e 36 não se enquadram em nenhum domínio, segundo o autor do instrumento, e nesse estudo esses itens estão agrupados em outras questões. A TABELA 10 evidencia a questão 36 “Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns”, que é uma questão reversa, apresentou a pior média em relação as outras questões e aos domínios 41,67%. A mediana dessa mesma questão revela-se muito baixa, 25, inferior à sua média.

TABELA 10 – OUTRAS QUESTÕES

| Questões | Média | DP | Mediana | Min | Max | Nº respostas | Informação Faltante |
|---|--------------|-------|-----------|-----|-----|--------------|---------------------|
| 14.Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração. | 62,69 | 31,49 | 75 | 0 | 100 | 68 | 0 |
| 33. Eu vivencio boa colaboração com os(as) enfermeiros (as) nesta área. | 76,12 | 29,65 | 75 | 0 | 100 | 67 | 1 |
| 34.Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área. | 75 | 27,18 | 75 | 0 | 100 | 67 | 1 |
| 35. Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta área. | 70,97 | 29,4 | 75 | 0 | 100 | 67 | 1 |
| 36 (R). Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns. | 41,67 | 31,11 | 25 | 0 | 100 | 66 | 2 |

FONTE: A autora (2018).

A questão 33, que se refere à boa colaboração com os enfermeiros, teve a melhor média, 76,12. Já a questão 14, que menciona a possibilidade de as sugestões do respondente serem colocadas em prática, teve como avaliação 62,69, e as questões 34 e 35 que estão relacionadas à boa colaboração entre às equipes médicas e de farmacêuticos na área, tiveram como média 75 e 70,97%, respectivamente.

A TABELA 11 apresenta a distribuição das respostas das questões que não se enquadram nos domínios. Em relação às questões 33, 34 e 35 que tratam do relacionamento entre as equipes, 46%, 37% e 31% responderam que concordam totalmente que vivenciam boa colaboração com os enfermeiros, médicos e farmacêuticos, respectivamente.

TABELA 11 – DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS REFERENTE ÀS OUTRAS QUESTÕES

| SAQ | DT N (%) | DP N (%) | N N (%) | CP N (%) | CT N (%) | Não se aplica N (%) | Infor mação faltante N (%) |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|----------------------|---------------------------|-------------------------------------|
| 14*. Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração. | 6; (9%) | 10; (15%) | 11; (16%) | 24; (35%) | 16; (24%) | 1; (1%) | |
| 33*. Eu vivencio boa colaboração com os(as) enfermeiros (as) nesta área. | 3; (4%) | 8; (12%) | 3; (4%) | 22; (32%) | 31; (46%) | 1; (1%) | |
| 34*. Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área. | 2; (3%) | 8; (12%) | 3; (4%) | 29; (43%) | 25; (37%) | 1; (1%) | |
| 35*. Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta área. | 4; (6%) | 5; (7%) | 9; (13%) | 23; (34%) | 21; (31%) | 4; (6%) | 2; (3%) |
| 36*. (R) Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns | 14; (21%) | 20; (29%) | 9; (13%) | 20; (29%) | 3; (4%) | 1; (1%) | 1; (1%) |

FONTE: A autora (2018).

LEGENDA: DT- Discordo Totalmente, DP - Discordo Parcialmente, N – Neutro, CP - Concordo Parcialmente, CT - Concordo Totalmente, Não se Aplica, Informação Faltante e Anulada.

6.1.2 Reunião com os enfermeiros

Os resultados da avaliação da cultura de segurança foram apresentados aos enfermeiros e após iniciou-se o *Brainstorm*.

No transcorrer da reunião, o grupo de enfermeiros entendeu que as sugestões de estratégias de intervenção que emergiram no *Brainstorm* (Anexo 4) fossem agrupadas em temas. Essa construção foi pautada nas considerações feitas pelos enfermeiros baseadas na percepção e no conhecimento que os mesmos têm em relação ao serviço de higienização executado nos setores por eles gerenciados. A partir das falas dos enfermeiros foram elencados sete temas, a saber: necessidade de orientação/capacitação, padronização de processos, reconhecimento pelo pessoal de

enfermagem, rotatividade do pessoal nos setores, garantir a qualidade da higienização, dificuldades técnicas do profissional de higienização, valorização do profissional de higiene.

No QUADRO 8 são apresentadas algumas das falas dos participantes da reunião que embasaram o agrupamento dos temas, as quais extrapolam os domínios apresentados na avaliação de cultura de segurança do paciente, mas foram considerados na apresentação dos resultados por serem interessantes ao planejamento de ações estratégicas, objeto desse trabalho.

QUADRO 8 – FALA DOS PARTICIPANTES E AGRUPAMENTO DOS TEMAS

(continua)

| Fala dos participantes | Agrupamento dos Temas |
|---|--|
| {... eu pensei que se nós fizéssemos aulas com o, aulas gravadas, aulas de vídeos...} E1{...aulas fixas pertinentes a todos os setores, assim envolveria a segurança do paciente, que não pode ser diferente na UTI ou no centro cirúrgico, aulas gravadas...} E1{...deixar uma apostila pronta para quando eles entrarem ou periodicamente você faz testes em cima daquela apostila...} E1{...tem alguns enfermeiros que eles já têm um <i>check-list</i> para admissão do enfermeiro ou do técnico de enfermagem, e eles passam todos os assuntos um a um e todos os dias e, geralmente, o colaborador está ciente, então, por etapas, fazer que eles passem por todas as situações que eles possam ser surpreendidos...} E2{...eu acho que sempre o que mais vale é a orientação e...} E6 | Necessidade de orientação/capacitação |
| {...e a outra questão, é a falta de padronização dos processos que tem que estar bem colocado para o grupo...} E2 {...uma coisa que eu acho que falta, como às vezes muda a pessoa da higienização, ela conhecer a rotina que ela tem que cumprir no setor...então talvez um instrumento que elas consigam visualizar já o que elas têm que fazer...} E3 {...quando chegam do centro cirúrgico que elas tenham um profissional de referência, que nem as moças chegam lá, elas não sabem pra quem podem perguntar...} E5 | Padronização de processos |
| {...eu acho que a equipe no geral estar mais aberta aos funcionários...toda uma rede interligada que um depende do outro..., então eu acho que a equipe de enfermagem, como um todo, estando aberta a essa questão de dúvidas deixando essa pessoa mais confortável para desenvolver o trabalho, acho que facilita muito....} E10 {...uma conscientização dos profissionais de enfermagem sobre a importância dos trabalhos delas...} E1 {...eu até me surpreendi com a organização, vejo que elas são bem organizadas, me surpreendi com esse grupo da higienização...} E7 | Reconhecimento pelo pessoal de Enfermagem |
| {...mas essa pessoa também roda e fique em outro lugar, numa falta, ela tem como ir cobrir, porque ela conhece como funciona lá. Então, para gente ter uma pessoa fixa é bom, mas ter uma pessoa que já eventualmente passou por lá e sabe como funciona, eu acho que não é tão negativo...} E1 {... lá no posto 1, a gente tem bastante dificuldade com a questão da rotatividade mesmo. Acho que se elas ficassem dois meses ou um pouco mais em determinados setores e depois fossem treinados em outro, claro que iria segura do que ela faz, por exemplo na UTI e no posto 1, eu acho essa rotatividade bem complicada...} E6 | Rotatividade do pessoal nos setores |

QUADRO 8 – FALA DOS PARTICIPANTES E AGRUPAMENTO DOS TEMAS

(conclusão)

| Fala dos participantes | Agrupamento dos Temas |
|---|---|
| [...] traduzindo, você pensa que se fosse investido em mais orientação, diminuiria a rotatividade? [...] E2 | Rotatividade do pessoal nos setores |
| {...quando eu olho no leito, aparentemente ele está limpo, mas será que ele está realmente limpo? Será que realmente ele está higienizado? ...} E8 {...mostrar para eles que a limpeza que ele faz, que visualmente, às vezes, não tem nada, ...entender que visualmente aquilo não vai estar sujo mesmo, mas ele tem que fazer uma limpeza de forma a tirar tudo que possa causar doença...} E5 | Garantir a qualidade da higienização |
| {...mas o nível de importância é a mesma para o resultado com o paciente...} E8 {...Como poderíamos estar mostrando a importância do profissional? ...} E12 {...lá na sala vermelha, acabaram de atender um paciente e já levaram para o centro cirúrgico, sei lá, para UTI, voltaram lá e viram como ficou o ambiente, não teríamos como receber o próximo paciente. Acabou uma cirurgia, dá para entrar outro paciente? Sem intervenção delas, não dá...} E2 {...mostrar o antes, quando saiu o paciente, toda suja, toda desorganizada e depois de todo processo ela limpa, organizada para receber o próximo paciente...} E9 | Valorização do profissional de higiene |
| {...geralmente, quando você vai levar sugestões para alguns supervisores delas, eles preferem, é o que dá para perceber, eles preferem retirar do setor do que orientar...} E6 {... sei que as supervisoras fazem vistoria, mas talvez o que ajudasse um pouco mais seria o acompanhamento da desinfecção, não sei como, aleatoriamente...} E2 | Dificuldades técnicas do profissional de higiene |

FONTE: A autora (2018).

A partir das reflexões dos participantes sobre o serviço de higienização, foram evidenciadas as estratégias para intervenção sugeridas pelos enfermeiros. Com o intuito de demonstrar como essa construção aconteceu, o QUADRO 9 apresenta as sugestões de estratégias e detalha as respectivas falas que as justificam.

QUADRO 9 - SUGESTÕES DE ESTRATÉGIAS PARA INTERVENÇÃO

(continua)

| |
|--|
| (S) Aulas gravadas / simulação/ aulas fixas. Questionário pré e pós. Conteúdo escrito (apostila). {...Uma integração, aquela parte da aula gravada, não sei se é bem esse nome, educação continuada, parece que é integração, acolhimento...lá em cima seria o primeiro contato prévio, acolhimento, aquele que a ... falou ali, uma integração...} E2 |
| (S) Check list (como na admissão de funcionários da Enfermagem). Dividido por etapas (dias). {...padronização de processos...} E11, E1 {... Acho que acolhimento pode ser, quando ele chega ele não conhece a instituição...} E5 {...Porque você vai acolher, vai mostrar aulas, simulados, e você vai fazer junto um <i>check-list</i> , então eu acho que faria junto ao segundo também...} E9 |
| (S) Olimpíadas da segurança do paciente: gincanas, aulas, brincadeiras, vídeos. Frequência anual. {... Isso poderia ser junto com educação continuada...} E5 {...A permanente? E a gente faz um calendário com educação continuada...} E12 {...estratégia da olimpíada também poderia ser valorização...} E12 |

QUADRO 9 - SUGESTÕES DE ESTRATÉGIAS PARA INTERVENÇÃO

(continuação)

| |
|---|
| <p>(S) Conhecer a rotina do setor: devido <i>turn over</i>. Instrumento prefixado. {...Acho que ter uma coisa exposta, bem visual, para a pessoa ver o que ela tem que fazer no setor quando ela chega...} E3 {...Padronização de processos...} Enfermeiros no geral</p> |
| <p>(S) Ter profissional de referência. Devido novamente a <i>turn over</i>. Saber as regras da limpeza. {...Padronização de processos...} Enfermeiros no geral</p> |
| <p>(S) Reforça a padronização. Se possível diminuir a rotatividade, fixando o funcionário nos setores, atenção planta física. {...padronização dos processos...} E4, E11 {... a planta física, é assim, um dia que a pessoa chega lá e mostra todos os ambientes para ela...} E2 {...Acolhimento...}E12 {...Eu acho que no dia que ela for designada a trabalhar no setor ou qualquer outro alguém passe com ela e explique “aqui é assim”, explique todos os detalhes...} E4 {...A questão da padronização é processo de trabalho, mas a questão de planta física não é, pra mim é acolhimento...} E4 {...Mas daí não é acolhimento no hospital, é acolhimento no setor...} E2 {...a mesma coisa acontece com a higienização, por exemplo, as pessoas sabem que o expurgo, é o último lugar que elas vão limpar, então quando elas entram novas, elas não sabem qual horário elas podem limpar, por onde elas limpar a rotina que elas vão fazer, então processo de trabalho tem vários...} E9 {...Eu estava olhando essa questão da rotatividade não é processo de trabalho, é uma questão gerencial, para que tenha uma sensibilidade de entender o perfil e fixar nos setores de acordo com cada um, eu acho que é uma questão gerencial do que processo de trabalho...} E11 {...A rotatividade a gente vê que é uma fragilidade do setor...} E4 {...A rotatividade a gente vê que é uma fragilidade do setor...} E4 {...As supervisoras conhecem esse funcionário talvez por isso elas trocam mais. Por exemplo, eu conheço a minha equipe, assim como elas conhecem a equipe delas. E assim, o que eu já ouvi, “a pessoa que é boa aqui, é boa lá também”, “tem dificuldade, vai ter dificuldade”, eu acho que essa coisa de perfil é complicada...} E3</p> |
| <p>(S) Investimento nas orientações. {...Educação continuada, mas gerencial também, você tem que colocar no seu cronograma de trabalho, as atividades do ano, sei lá como chama isso, que é uma coisa importante, é uma meta a ser cumprida: dar treinamento a sua equipe, ter um programa. Quem mudou? Quem entrou agora? acabou de entrar esse, vamos fazer um treinamento assim...} E5</p> |
| <p>(S) Conhecer o perfil do setor (horários de visita, rotinas) {...Processo de trabalho. Nisso eles mesmo se organizam, em qual horário vão entrar...} E11 {...“posso limpar a sua sala?” “fique a vontade, vai ficar aberto, pode entrar”. Não, então eu vou deixar para limpar por ultimo, porque vai começar a sair as cirurgias e não vai dar tempo né, você acha que se é uma moça que acabou de entrar ela não sabe isso: que tal hora vai sair as cirurgias, que não vai dar para ela limpar a REPAI...} E5 {...Isso é para todos os setores, tem horário do banho, tem o horário da visita, elas já se organizam...} E6 O que as meninas novas podem falar o que elas sentiram em estar dois, três dias em um setor diferente trouxe algum benefício? Foi difícil entender a rotina? E5 {...Eu achei ótimo o pessoal da higiene circular....ela não vai se adequar ao fluxo em um dia, mas eu achei bem legal essa estratégia, talvez seria interessante como tem que mudar, como ele colocou o perfil....e entender porque não se adapta: não gosta do setor, é porque não entendeu como funciona o setor?...} E13</p> |
| <p>S) Reforça a simulação / estratégia prática. Produto que mostre o nível de limpeza após a higienização. {...Eu acho que essa proposta de visualizar após a desinfecção do leito com a luz para ver como ficou sensibiliza bastante em relação à prática, muito interessante...} E11 {...tem várias coisas de sensibilização...} Enfermeiros no geral</p> |
| <p>(S) Mostrar para funcionários a importância de uma boa limpeza. Reforça o uso de aulas simuladas. {...sensibilização...} E11</p> |

QUADRO 9 - SUGESTÕES DE ESTRATÉGIAS PARA INTERVENÇÃO

(conclusão)

| |
|--|
| <p>(S) A importância do profissional da higiene/limpeza. {...Valorização, motivação, reconhecimento do trabalho....} Enfermeiros no geral {...são só ideias, mas o que eu pensei que nós temos na nossa semana mais 80 anos, talvez criar um dia específico da higiene aqui dentro, e ser um dia delas... Tem um dia do profissional da limpeza? ... Mas poderia ser um dia dedicado a elas...} E12 {...a higienização dentro desse hospital é forte, a gente tem uma referência, a gente sabe quem buscar, a gente sabe a quem vai pedir, a gente sabe para quem reclamar, a gente sabe quem vai dar jeito...} E1 {...dia 16 de maio dia do profissional de limpeza de asseio e conservação...} {...e a qualidade do nosso trabalho também depende do trabalho deles...} E2</p> |
| <p>(S) Analisar o antes e depois de uma higienização. Sala cirúrgica/ sala SAV {...Acho que é valorização. Mostrar o que foi feito...} E9 {...Não sei se é valorização...} E2 {...É para mostrar a importância do trabalho deles, é valorização...} Enfermeiros no geral {...Registro por fotografia do ambiente... é complemento, porque a fotografia é o antes e o depois...} E9, E3</p> |
| <p>(S) Mostrar quantos pacientes internam e desenvolvem IRAS ou óbito por evento adverso. {...Mostrar os dados...indicadores...} E9 {... A gente está em um momento tão forte de indicadores...criar aquilo que depois vai se usar. Mas, ter um momento trimestral é o momento delas sentarem: quantas salas são higienizadas, o que eu gasto de produto, tempo, intervalo entre uma higiene de uma sala e outra para elas...} E12 {...Eu acho que até mesmo quando a gente faz a nossa reunião de indicadores podia incluir elas, porque quando eu mostro nosso indicador de infecção. O nosso indicador de infecção do centro cirúrgico diminui não está só relacionado a quem fez o curativo na técnica, está envolvido quem deixou o box limpo, deixou as condições adequadas...} E8 {...O indicador que a gente mede o intervalo de leito, a gente precisa delas para substituir o leito adequado...} E12 E8 -E as vezes nós estamos gozando de um resultado que está só entre nós, mas que é fundamental para eles. {...Um exemplo seria a coleta de SWAB e mostrar o resultado para eles, que foi o resultado do trabalho deles...} E3</p> |
| <p>(S) Acompanhamento da desinfecção. Orientação. Percepção das dificuldades {...Isso é gerencial. A supervisão acompanhar...} E11</p> |
| <p>(S) Reforça a orientação. Mais treinamentos. Foco educativo do que punitivo. {...É questão de orientação mesmo, dos relatos delas: “eu fui mandado embora”, então eu dou muito valor à questão de orientar, tirar um tempo para orientar...} E6 {...Capacitação...} E6</p> |
| <p>(S) Cronograma de auditoria (diferentes setores). {...a gente foi para o Campo Largo e não foi só para apontar os erros deles, a gente trouxe uma bagagem de ideias e aprendizados, vamos aplicar aqui.....} E1 {...ou processo de trabalho, com foco no educativo e não punitivo...} E1</p> |
| <p>(S) Equipe de Enfermagem mais aberta a recepção da equipe de higienização. Cadeia/trabalho em rede. {...Sensibilização de todos, não só da equipe de higienização, mas da equipe inteira, um depende do outro, para sensibilizar todos...} E10 {...Sensibilização...} E10</p> |
| <p>(S) Conscientização da equipe de enfermagem; sobre o trabalho de higiene. {...Sensibilização...} E1, E10</p> |

FONTE: A autora (2018).

LEGENDA: (S) Sugestões de intervenções feitas pelos participantes.

Os enfermeiros utilizaram sua vivência pessoal o seu conhecimento das rotinas e necessidades dos setores que coordenam para fundamentarem suas ideias e sugestões.

Após a junção dos temas o grupo conclui que a organização do processo de trabalho da equipe de higiene faz parte dos processos de gestão e organização e podem impactar na segurança do paciente. A correlação entre a higienização e segurança do paciente está demonstrada nas falas dos participantes: {...é fácil falarmos de segurança do paciente lembrar de uma grade elevada e esquecer de uma cama limpa...} E12. {...indicador de infecção centro cirúrgico diminui não está só relacionado a quem fez o curativo na técnica, está envolvido quem deixou o box limpo, deixou as condições adequadas...} E8

O grupo definiu que a base para melhoria dos serviços de higienização deverá ser alicerçada em: **Organizar o processo de trabalho da equipe de higienização para favorecer a segurança do paciente** e terá como eixos os seguintes temas:

- ✓ Acolhimento/integração;
- ✓ Padronização de processos;
- ✓ Educação continuada;
- ✓ Sensibilização
- ✓ Valorização do profissional de higiene

6.2 RESULTADOS ETAPA 2 – PLANEJAMENTO DAS ESTRATÉGIAS PARA INTERVENÇÃO

Nessa etapa, será apresentada a proposta de intervenção para os eixos temáticos definidos pelo grupo de enfermeiros na reunião *de Brainsntorm*. Para o planejamento das intervenções foi utilizado a forma de Plano de Ação e estes serão descritos a seguir. Importante ressaltar que no Mestrado Profissional o aluno deve elaborar um produto referente ao seu estudo, para ser utilizado na instituição onde foi aplicada a pesquisa.

PLANO DE AÇÃO = PRODUTO

O objetivo principal do plano de ação é organizar o processo de trabalho da equipe de higienização para favorecer a segurança do paciente.

AÇÃO I: ACOLHIMENTO E INTEGRAÇÃO

| | | |
|---|--|---|
| Problemas a enfrentar: Equipe de higienização inicia suas atividades imediatamente a empresa terceirizada fazer a sua contratação, sem conhecimento da instituição em que vai trabalhar (planta física, setores que a compõe, equipes que ali trabalham entre outros). | | |
| Objetivos: Realizar o acolhimento e a integração do colaborador de higiene, quando for admitido na instituição. | Identificação dos interessados: Equipe de higienização, Equipe de enfermagem Empresa terceira responsável pelo contrato de higienização na instituição. | Definição dos responsáveis/parceiros: Equipe responsável pelo acolhimento e integração de novos colaboradores do hospital, colegiado de desenvolvimento humano (CDH) gerência de hotelaria e serviço de higienização. |
| Recursos necessários: Multimídia, convocação impressa, equipe que faz a reunião de integração. | Avaliação: Acompanhar a relação de admitidos com a lista de presença das integrações e verificar se os admitidos nos 2 últimos meses passaram pela integração. | |
| Ações a realizar | | Prazos de operacionalização das ações |
| Convocar os trabalhadores da higienização que foram admitidos recentemente para participar da reunião de integração que acontece mensalmente para os colaboradores com vínculo celetista e servidores. | | Máximo até o 2º mês do colaborador na instituição |
| Rever com os responsáveis pela integração os tópicos abordados na reunião de forma que contemplem o profissional de higienização. | | Antes do 1º grupo de funcionários da higienização ser convocado para integração. |

ACÇÃO II: PADRONIZAÇÃO DE PROCESSOS

| Problemas a enfrentar: Remanejamento frequente dos colaboradores da equipe de higienização aliado ao desconhecimento dessa profissional frente as rotinas de limpeza dos setores para os quais estão sendo remanejados. | | |
|---|---|--|
| Objetivos: Padronizar os processos de trabalho da higienização para que toda a equipe tenha conhecimento e acesso aos processos. | Identificação dos interessados: Gerência de hotelaria; Equipe de higienização; Equipe de enfermagem e multiprofissional; NCIH | Definição dos responsáveis/parceiros: Gerência de hotelaria e serviço de higienização (chefias do serviço e encarregadas); NCIH. |
| Recursos necessários: Computador, insumos tipo folha A4, pastas tipo isoflex para disponibilizar nos setores os POPs. | Avaliação: Acompanhar planilha com <i>check list</i> das atividades que o colaborador recebeu treinamento. | |
| Ações a realizar | | Prazos de operacionalização das ações |
| Elaborar o manual do serviço de higienização contemplando a revisão dos POPs específicos desse serviço, a divisão de áreas críticas, semi e não críticas, especificidades dos setores (horários de rotina de limpeza, horários de visita dos pacientes, média de cirurgias dia, média de desinfecções terminais, etc. | | Início da confecção do manual, no 2º semestre de 2018. |
| Elaborar <i>check list</i> com as atividades que o colaborador deverá receber quando for remanejado de setor, sendo que as atividades poderão ser agrupadas de acordo com a divisão de áreas: críticas, semi e não críticas. | | No mínimo 3 meses para confecção de todos os <i>check list</i> . *iniciar pelas áreas críticas. |
| Capacitar as encarregadas e chefias do serviço de higienização (profissional de referência) para que repliquem a orientação e apliquem o <i>check list</i> . | | Após a confecção dos <i>check list</i> |
| Manter afixado nos depósitos de material de limpeza (DML) as atividades pertinentes àquele setor, em pastas suspensas do tipo isoflex, de forma que o colaborador de higiene possa ler e manusear as pastas sempre que sentir necessidade. | | Logo que as atividades estiverem descritas. |

ACÇÃO III: EDUCAÇÃO CONTINUADA

| | | |
|---|--|--|
| Problemas a enfrentar: Rotatividade dos colaboradores de higienização, “encarregadas preferem mudar o profissional e setor quando tem alguma dificuldade”, cultura punitiva. | | |
| Objetivos: Capacitar o colaborador de higienização e diminuir a rotatividade desse profissional. | Identificação dos interessados: Gerência de hotelaria; Equipe de higienização; Equipe de enfermagem e multiprofissional; NCIH | Definição dos responsáveis/parceiros: Gerência de hotelaria e serviço de higienização (chefias do serviço e encarregadas); NCIH; CDH e empresa terceirizada |
| Recursos necessários: Sala para treinamentos, multimídia. | Avaliação: Colaborador deverá passar no mínimo por duas capacitações durante o ano. | |
| Ações a realizar | | Prazos de operacionalização das ações |
| Elaborar cronograma de capacitações, com definição de temas, frequência, público alvo e quem vai fazer as capacitações; | | A definir |
| Realizar treinamentos <i>in loco</i> , utilizando situações do cotidiano para fazer a orientação | | Sempre que surgir a oportunidade |
| Solicitar a empresa terceirizada treinamento específico para encarregadas com foco na gestão de recursos humanos | | 2º semestre de 2018. |

ACÇÃO IV: SENSIBILIZAÇÃO

| | | |
|---|--|---|
| Problemas a enfrentar: Profissional de higienização desconhece a importância do seu trabalho, não sabe o seu papel no controle de infecção e segurança do paciente | | |
| Objetivos: Sensibilizar o profissional de higienização para importância da sua função na instituição. | Identificação dos interessados: Gerência de hotelaria; Equipe de higienização; Equipe de enfermagem e multiprofissional; NCIH; Núcleo de segurança do paciente (NSP) | Definição dos responsáveis/parceiros: Gerência de hotelaria e serviço de higienização (chefias do serviço e encarregadas); NCIH; NSP Colegiado de desenvolvimento humano (CDH); Núcleo interno de marketing (NIM) |
| Recursos necessários: Sala para treinamentos, multimídia, vídeos, fotografias | Avaliação: Participação nas aulas simuladas | |
| Ações a realizar | | Prazos de operacionalização das ações |
| Elaborar Indicadores do serviço de higienização e divulgá-los às equipes; | | 2º semestre de 2018 |
| Participar de eventos de sensibilização do NSP voltados à equipe de higienização | | A definir com o NSP |
| Elaborar aulas simuladas, gravadas reforçando a importância da limpeza e desinfecção para o controle de infecção e segurança do paciente. | | Início no 2º semestre de 2018 |

AÇÃO V: VALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL DE HIGIENE

| | | |
|--|--|---|
| Problemas a enfrentar: Profissional não se sente valorizado, equipes multiprofissionais não valorizam o trabalho da equipe de higienização | | |
| Objetivos: Valorizar o trabalho do profissional de higienização, reconhecendo a importância de sua função no contexto hospitalar. | Identificação dos interessados: Gerência de hotelaria; Equipe de higienização; Equipe de enfermagem e multiprofissional; | Definição dos responsáveis/parceiros: Gerência de hotelaria e serviço de higienização (chefias do serviço e encarregadas); Colegiado de desenvolvimento humano (CDH); Enfermagem; NIM |
| Recursos necessários: Sala para treinamentos, vídeos, fotografias, multimídia, | Avaliação: Participação do colaborador nos eventos e na divulgação das imagens | |
| Ações a realizar | | Prazos de operacionalização das ações |
| Gravar imagens de uma sala cirúrgica ou do SAV, onde aconteceu o atendimento de um paciente politraumatizado mostrando a diferença do ambiente, antes e depois que a equipe de higienização executou a sua função. | | A definir com o NIM |
| Programação evento em homenagem ao dia do profissional de higiene e conservação | | * Realizado no dia 18/05/18 |

7 DISCUSSÃO

Para melhor entendimento a discussão será dividida em dois tópicos: discussão dos resultados da avaliação da cultura de segurança e discussão dos resultados do planejamento das estratégias para intervenção.

7. 1 AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA

O resultado encontrado de 82,35% de profissionais enfermeiros do sexo feminino, se assemelha ao total encontrado em estudos similares (MATIELLO et al., 2016; MISIAK, 2016). Esses números corroboram os dados da pesquisa de Perfil de Enfermagem no Brasil, de 2013, onde o número de enfermeiros do sexo feminino no Brasil foi 86,2% (COFEN, 2013). Em relação ao tempo de atuação na instituição, a maioria (66,18%) possuía de 1 a 10 anos de trabalho. Silva-Batalha; Melleiro (2015) apresentam resultados superiores, onde 82,3% dos participantes possuíam de 1 a 10 anos de trabalho.

A aplicação do SAQ permite conhecer por meio de seus resultados, a percepção dos participantes em relação à cultura de segurança em seus diversos domínios. As pontuações para o SAQ que se encontram ≥ 75 são consideradas valores positivos, que denotam áreas fortalecidas em relação à cultura de segurança. (SANTIAGO; TURRINI, 2015; CARVALHO et al., 2017).

No estudo em questão o domínio Satisfação no trabalho, teve avaliação de 88,43, e devido ao número de respostas positivas foi considerado o único com avaliação positiva, acima de 75%, conforme propõem os autores do SAQ. Em estudos de aplicação do SAQ encontram-se resultados semelhantes (LUIZ et al., 2015; MATIELLO et al., 2016; CARVALHO et al., 2017), onde este domínio teve a melhor avaliação.

A satisfação no trabalho refere-se à soma de sentimentos favoráveis que o profissional apresenta em relação ao mesmo, e ela pode estar diretamente relacionada ao empenho do profissional em prestar uma assistência de qualidade. (KURCGANT, 2011; NUNES, 2010; RIGOBELLO et al., 2012).

No domínio satisfação no trabalho, as afirmações do instrumento “Eu gosto de trabalhar nessa instituição” e “Eu me orgulho de trabalhar nessa área”, podem ser interpretadas à luz dos estudos de Nunes (2010), que considera como um dos

aspectos importantes, para realização e satisfação no trabalho, o próprio orgulho do indivíduo em atuar em determinadas instituições, também complementado com o estudo de Cauduro et al., (2015) em que foi identificado que os participantes da pesquisa demonstraram sentir orgulho de fazer parte da equipe.

A percepção relacionada à gerência do hospital e da unidade apresentaram as avaliações com menores resultados, 59,61% e 61,12%, respectivamente. Em estudos de aplicação do SAQ observa-se que estes domínios também apresentaram os resultados mais baixos (LUIZ et al., 2015; SANTIAGO; TURRINI, 2015; CARVALHO et al., 2017), o que denota as fragilidades da cultura de segurança relacionadas às gerências, segundo a percepção dos participantes das pesquisas.

Essas avaliações possibilitam oportunidades de melhoria para as questões gerenciais relacionadas à cultura de segurança. Em contraposição, a percepção negativa, relacionada às questões da gerência da unidade e do hospital, para Carvalho et al. (2015), pode indicar o não reconhecimento dos profissionais da assistência em relação à preocupação dos gestores com os fatores latentes da cultura de segurança, o que denota a necessidade de intervenções para mudança da cultura de segurança.

Estudos com a mesma finalidade apontam que existe pouco envolvimento da gestão nas questões de segurança do paciente. Os gestores não demonstram comprometimento com esse tema; no entanto, o envolvimento destes é fundamental para que os profissionais e lideranças sejam incentivadas a promover ações estratégicas que viabilizem a segurança do paciente (SILVA-BATALHA; MELLEIRO, 2015; TOMAZONI et al., 2015; REIS et al., 2016.; CRUZ et al., 2018).

É imprescindível que a gestão conheça a cultura de segurança da instituição, e envolva o profissional e o paciente na busca de soluções para o enfrentamento do problema, com o intuito de garantir que a assistência prestada seja pautada na segurança do paciente. (MENDES, 2014).

Os resultados encontrados para as condições de trabalho, assim como a percepção relacionada às gerências, foram as menores médias encontradas o que corrobora os estudos nacionais e internacionais, nos quais a condição de trabalho também foi o segundo domínio pior avaliado (LUIZ et al., 2015; MARINHO; RADÜNZ; BARBOSA, 2014; NGUYEN et al., 2015).

Na avaliação para esse domínio, Condições de trabalho, evidencia-se que as respostas apontam para uma percepção de que na instituição existem deficiências

nas capacitações e educação continuada dos colaboradores e que os participantes interpretam que não têm o acesso necessário a todas as informações referentes ao paciente.

Marin (2011) enfatiza que para a Enfermagem, a informação em relação ao paciente é fundamental para o desenvolvimento de suas atividades. O enfermeiro é responsável pela equipe que permanece nas 24 horas com o paciente, e quando esse profissional não possui as informações necessárias para garantir a continuidade do cuidado, tem sua prática assistencial restrita, interferindo na sua autonomia e tomada de decisão, predispondo a riscos desnecessários e possíveis danos ao paciente. (MARIN, 2011; FERMO et al., 2016).

A identificação, pelos participantes, de que existe deficiência nas capacitações na instituição estão em consonância com outros estudos. Reis et al. (2016) ressaltam a importância da realização desses treinamentos, e que devem obedecer a uma periodicidade, pois são importantes ferramentas para prevenção de falhas na assistência.

O profissional de saúde melhor capacitado produzirá cuidado mais seguro, reduzindo, com isso, a possibilidade de danos causados ao paciente, sobretudo a morbidade e a mortalidade. (YOSHIKAWA et al., 2013).

A análise do clima de trabalho em equipe, que compreende a percepção do respondente em relação à qualidade do relacionamento entre as equipes multiprofissionais, teve como resultado 73,5%, o que corrobora os estudos realizados no Brasil, onde as médias encontradas foram 68,3%, 75%, 70% e 68%. (LUIZ et al., 2015; SANTIAGO; TURRINI, 2015; MATIELLO et al., 2016; CRUZ et al., 2018).

Os achados para esse domínio aproximam-se do resultado positivo, o que é importante pois o trabalho nos serviços de saúde é desenvolvido por uma equipe multiprofissional que deve estar engajada na prestação de assistência segura, em que os papéis e as responsabilidades sejam de conhecimento de todos os envolvidos, e os processos de tomada de decisão sejam compartilhados por todos os membros da equipe (FERMO et al., 2016; KAWAMOTO et al., 2016).

Em consonância com os achados nesse estudo, encontram-se os resultados semelhantes na Holanda (SMITS et al., 2018), em que a percepção do clima de segurança obteve média de 68%, bem como em estudos nacionais que obtiveram o mesmo resultado. (SANTIAGO; TURRINI, 2015).

O clima de segurança está associado à percepção do profissional frente ao erro e como ele é conduzido na instituição. Para Smits et al., (2018), o clima de segurança diz respeito ao encorajamento dos profissionais em relatar preocupações de segurança do paciente e a oportunidade em aprender com erros dos outros.

Os erros são explanados pelo psicólogo James Reason (2000), como consequências de falhas humanas, e estes são esperados devido à condição de falibilidade do ser humano. Em relação a essa abordagem de Reason (2000) coloca que ela pode ser feita de forma individual ou sistêmica, o que implicará em modelos diferentes de gerenciamento do problema.

A promoção da cultura de segurança nas instituições deve envolver todos os profissionais, líderes, gestores e pacientes, e ter como foco principal a prevenção do erro e sempre ser pautada em ações que identifiquem as falhas sistêmicas no processo, e não na busca pelos culpados. (TOMAZONI et al., 2015; MISIAK, 2016).

A percepção do estresse obteve resultado bem próximo ao valor considerado positivo, 73,8%, o que indica que os participantes reconhecem quando condições estressantes influenciam na execução de suas atividades. Resultados semelhantes, próximos do valor positivo, foram encontrados em estudos nacionais. (CARVALHO et al., 2015; CARVALHO et al., 2017).

Pode-se elencar como circunstâncias indutoras de estresse, para os profissionais de saúde, fatores organizacionais, sejam eles: sobrecarga de trabalho, a pressão por desempenhar suas atividades em espaços de tempo nem sempre condizentes com a atividade, recursos humanos e materiais insuficientes, número elevado de pacientes. (SOUSA-UVA, 2014). Estudos relacionam processos de adoecimento do profissional de saúde a fatores ou circunstâncias estressoras, o que pode ter como consequência o cuidado inseguro. (FERMO et al., 2016).

Na análise do resultado da questão 36 (questão reversa) “Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns” apresenta-se como preocupante, pois obteve a pior avaliação, inclusive se comparada aos resultados dos domínios. 41,7% dos participantes identificam que existem problemas de comunicação que podem interferir na assistência prestada, inclusive se confrontada com os resultados dos domínios.

Em estudo nacional foi encontrado resultado negativo, para a questão 36. Nesse estudo, contudo, a avaliação apesar de negativa, mostrou-se com média superior, 58.7%, mais alta que o do estudo em questão. (CAUDURO et al., 2015).

As falhas na comunicação entre as equipes podem causar ruptura do processo de trabalho, podendo afetar a qualidade do cuidado prestado e predispor à ocorrência de erros e de danos ao paciente. (SANTOS, 2010; MANZO, 2013).

Resultados encontrados em estudos nacionais e internacionais referentes à aplicação do SAQ, são demonstrados no QUADRO 10.

QUADRO 10 - RESULTADOS APLICAÇÃO DO SAQ

| | O Autor (2018) | Matie llo (2016) | Carva lho (2017) | Santia go et al (2015) | Carva lho (2015) | Smits (2018) | Luiz (2015) | Marinh o (2014) | Nguy en (2015) | Caudu ro et al (2015) |
|-----------|----------------------|------------------------|------------------------|---------------------------------|------------------------|-----------------|----------------|-----------------------|--------------------------|--------------------------------|
| D1 | 75,5 | 70,1 | 75 | 75 | 59,1 | 79,2 | 68,3 | 52,3 | 60,1 | 62,8 |
| D2 | 68,75 | 70,7 | 67 | 68,8 | 48,9 | 68,1 | 63,5 | 50,3 | 61 | 63,4 |
| D3 | 88,48 | 78,3 | 83 | 81,2 | 70,7 | 79 | 80,5 | 71,3 | 66,8 | 76,9 |
| D4 | 73,84 | 69,4 | 76 | 66 | 74,5 | xxx | 64,9 | 65 | 76,7 | 65,3 |
| D5 (U) | 61,12 | 64,8 | 60 | 61,5 | 44,5 | 73,4 | 54,4 | 39 | 49,3 | 55,4 |
| D5 (H) | 59,61 | | 64 | 55,2 | 34,9 | | | | 43 | 56,2 |
| D6 | 62,19 | 67,7 | 66 | 66,7 | 41,9 | xxx | 53,5 | 40 | 44,6 | 58,7 |

FONTE: A autora (2018)

Legenda: D1 -Clima de trabalho em equipe; D2 – Clima de segurança; D3 – Satisfação no trabalho; D4 – Percepção do estresse; D5 (u) – Percepção da gerência da unidade; D5 (h) – Percepção da gerência do hospital; D6 – Condições de trabalho.

7. 2 PLANEJAMENTO DAS ESTRATÉGIAS PARA INTERVENÇÃO

As recomendações de estratégias de intervenção foram agrupadas e transformaram-se na ferramenta **plano de ação**. A elaboração do plano de ação, realizada pela pesquisadora, representa o **produto**, que é um requisito do mestrado profissional, uma forma de assegurar a continuidade do projeto dentro da instituição em que foi desenvolvido, de sorte que a parceria da Universidade com a instituição seja perpetuada, considerando que esta proporciona a formação e a aquisição de conhecimentos e a transformação da realidade.

Para introduzir temas relevantes e atuais como a qualidade e a segurança do paciente nos serviços de higienização da instituição, o enfermeiro foi considerado

estratégico, pois na função de gerência da equipe de enfermagem representa o elo de ligação com equipe multiprofissional, incluindo a de higiene.

Os enfermeiros participantes entenderam que o estabelecimento de estratégias capazes de melhorar os processos de trabalho do serviço de higienização, perpassa, de forma indiscutível, o processo gerencial. Dessa forma, os eixos estratégicos definidos otimizarão as ações que favoreçam a qualidade e a segurança do paciente no processo de trabalho da higienização.

Vale ressaltar que a técnica de *Brainstorm* suscitou no grupo a necessidade de expor suas ideias e sugestões, sendo elogiada pelos enfermeiros. Tal reação pode ser justificada pela propriedade da técnica de *Brainstorm* possibilitar a criação de ideias e de soluções para situações ou problemas embasados no conhecimento e nas experiências dos participantes. (SOUZA, et al., 2018).

As intervenções propostas pelos enfermeiros referem-se, basicamente, à condução da gestão de pessoas e ao treinamento/capacitação dos profissionais do serviço de higienização. Chaves et al. (2015) enfatiza a importância no investimento contínuo em ações educativas para qualificação do profissional de higienização, abordando não só temas os técnicos-científicos, mas também os de caráter relacional.

As deficiências na política de recursos humanos e na formação do profissional podem ocasionar/provocar os erros latentes, que surgem de decisões gerenciais inadequadas e também de organizações mal estruturadas (REASON, 2000).

A necessidade de construir intervenções voltadas para o acolhimento e integração, para educação continuada e a padronização de processos, reforça a importância de ações que corrijam condições latentes como a formação inadequada ou incompleta do profissional.

O planejamento das estratégias de intervenção, no que concerne ao acolhimento e à integração se confundem e se complementam com as intervenções da educação continuada, da sensibilização e da valorização do profissional de higienização, e estão diretamente relacionadas à gestão de pessoas. O planejamento no processo de gestão de pessoas é a soma de ações destinadas a prover o número adequado de pessoas com grau de capacitação necessário e um nível de satisfação que as mantenha motivadas para realização dos serviços. (TACHIZAWA et al., 2006).

O Planejamento é considerado um instrumento no processo de trabalho gerencial. Deve ser contínuo em uma organização e é fundamental para estabelecer

diretrizes na construção de um plano de ação e auxiliar nos processos de mudança. (CHIAVENATO, 2004; CIAMPONE; MELLEIRO, 2010).

Em relação aos processos de mudanças deve ser considerado que os recursos humanos têm papel fundamental nas transformações que estão para acontecer. Portanto, o investimento na comunicação, nos treinamentos e na sensibilização do colaborador que será afetado por essa mudança é primordial, pois o sucesso da mudança está diretamente ligado ao envolvimento do colaborador. (MARQUES et al., 2016).

8 CONCLUSÃO

Essa pesquisa atendeu aos objetivos propostos de avaliar a cultura de segurança dos enfermeiros em um hospital de Curitiba e planejar ações estratégicas voltadas para o serviço de higienização hospitalar com foco na qualidade e na segurança do paciente, pelos profissionais da Enfermagem.

Na avaliação dos seis domínios que configuram a pesquisa, o melhor avaliado foi o de satisfação no trabalho, em que 88,3% dos enfermeiros responderam que se sentem satisfeitos em trabalhar na instituição. Foi o único domínio que obteve resultado positivo, acima de 75%, demonstrando uma cultura positiva para esse item. Já o domínio que se refere à percepção da gerência da unidade e do hospital teve a pior avaliação, refletindo o pensamento dos enfermeiros de não reconhecimento do gestor como envolvido na segurança do paciente.

A avaliação da cultura de segurança dos enfermeiros foi fundamental para a realização da pesquisa e elaboração do produto, pois estes profissionais são os gestores das unidades, e, portanto, possuem uma visão estratégica para a definição de ações voltadas para o serviço de higienização. O enfermeiro no papel de gestor tem o conhecimento amplo das rotinas da unidade, sejam elas assistenciais, técnicas ou administrativas. Interage com as equipes multiprofissionais, incluindo a equipe de higiene, e conhece as atribuições dos profissionais que ali executam suas atividades.

A construção dessas intervenções possibilitou ao grupo de enfermeiros o reconhecimento social do profissional de higiene, que carrega o estigma de ser invisível, como fundamental no desenvolvimento diário do processo de trabalho da unidade, seja assistencial, administrativa, de circulação, entre outras.

As recomendações de estratégias de intervenção foram agrupadas e transformaram-se em planos de ação, que representa o produto dessa dissertação, que é um requisito do mestrado profissional, uma forma de estimular a continuidade do projeto na instituição em que foi desenvolvido, de sorte que a parceria da Universidade com a instituição seja perpetuada, considerando que essa aproximação com a instituição de ensino proporciona a formação e a aquisição de conhecimentos, que traz a transformação da realidade.

Como contribuições para a pesquisa em saúde, o desenvolvimento dessa intervenção deu visibilidade ao serviço de higienização no local de estudo e a participação desses profissionais na segurança do paciente, visto que não prestam

cuidados diretos ao paciente. O tema ainda é pouco explorado na literatura nacional e internacional, o que denota a necessidade de desenvolvimento de novas pesquisas com essa abordagem.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, ANVISA, Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). **Introdução à segurança do paciente e qualidade. Módulo 1.** Brasília, DF, 2016.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, ANVISA. **Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies.** Brasília, DF, 2012. Disponível em:
<<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-do-paciente-em-servicos-de-saude-limpeza-e-desinfeccao-de-superficies>>. Acesso em: 29 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à Prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde.** Brasília. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, DF, 2013a. Disponível em:
<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf>. Acesso em: 06 de ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente** / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, DF, 2014. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf>. Acesso em: 29 de jul. 2017.

BRASIL. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Ministério da Saúde.** Brasília, DF, 2013b. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em: 06 de ago. 2017.

BRASIL. Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013. Aprova os protocolos de segurança do paciente. **Ministério da Saúde.** Brasília, DF, 2013c. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html>. Acesso em: 29 de jul. 2017.

BRASIL, Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Ministério da Saúde.** Brasília, 2012.

BRASIL. RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Ministério da Saúde,** Brasília, DF, 2013. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>. Acesso em: 24 jul. 2017.

CARVALHO, M. M. Histórico da gestão da qualidade. In: CARVALHO, M. M.; PALADINI, E. P. **Gestão da qualidade: teoria e casos**. 2. ed. Rio de Janeiro. Elsevier. 2012. p. 1-23.

CARVALHO, P. A. et al. Cultura de segurança no centro cirúrgico de um hospital público, na percepção dos profissionais de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, nov.-dez. 2015; 23(6):1041-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/pt_0104-1169-rlae-23-06-01041.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2018.

CARVALHO, R. E. F. L. **Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil** - Questionário de Atitudes de Segurança. 2011. 173f. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-30112011-085601/pt-br.php>>. Acesso em: 01 ago. 2017.

CARVALHO, R. E. F. L. et al. Avaliação da cultura de segurança em hospitais públicos no Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 25, p. 1-8, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2849.pdf>. Acesso em: 09 ago. 2017.

CARVALHO, R. E. F. L.; CASSIANI, S. H. B. Questionário Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 para o Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, p. 1-8, 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/2814/281423329020/>>. Acesso em: 30 jul. 2017.

CAUDURO, F. L. F. et al. Cultura de segurança entre profissionais de centro cirúrgico. **Cogitare Enferm.**, v. 20, p. 129-38, 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/4836/483647664017/>>. Acesso em: 18 jun. 2018.

CHASSIN, M. R.; LOEB, J. M. The ongoing quality improvement journey: next stop, high reliability. **Health Affairs**, v. 30, n. 4, p. 559-568, 2011. Disponível em: <<http://content.healthaffairs.org/content/30/4/559.full.pdf+html>>. Acesso em: 06 jun. 2017.

CHAVES, L.D.P, et al. Governança, higiene e limpeza hospitalar: espaço de gestão do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm.** v. 24, n.4, p. 1166-1174, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/2015nahead/pt_0104-0707-tce-201500004010014.pdf> Acesso em: 17 set. 2018.

CHIAVENATO, I.; SAPIRO, A. **Planejamento estratégico: fundamentos e aplicações**. Elsevier. Rio de Janeiro; 2004.

CIAMPONE, M. H. T.; MELLEIRO, M. M. O planejamento e o processo decisório como instrumento de trabalho gerencial. In: KURGANT, P. **Gerenciamento em enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p. 23-34.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Pesquisa perfil da enfermagem no Brasil**. 2013. Disponível em:

<http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/blocoBr/Blocos/Bloco1/bl_ident-socio-economica-enfermeiros.pdf>. Acesso em: 26 mai. 2018.

COLLA, J. B. et al. Measuring patient safety climate: a review of surveys. **Qual Saf Health Care**, v. 14. p.364–366. 2005. Disponível em: <<http://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/14/5/364.full.pdf>>. Acesso em: 24 jul. 2017.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300017&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 06 ago. 2017.

COSTA, M. M. M. **Efeitos de um ciclo de melhoria da qualidade nacional aplicado à estruturação das ações de prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde em hospitais brasileiros**. 2016. 125f. Dissertação (Mestrado Profissional Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/21933/1/MagdaMachadoDeMirandaCosta_DISSERT.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2017.

CRUZ, E. D. A. et al. Cultura de segurança entre profissionais de saúde em hospital de ensino. **Cogitare Enferm.**, (23)1: e 50717, 2018. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/50717/pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2018.

DAGNINO, R. P. **Planejamento estratégico governamental** / Renato Peixoto Dagnino. – 2. ed. reimp. – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC, 2012. 166p. : il. Disponível em: <<http://cegpm.virtual.ufpb.br/wp-content/uploads/2013/07/PLANEJAMENTO-ESTRAT%C3%89GICO-GOVERNAMENTAL.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2018.

DANCER, S. J. The role of environmental cleaning in the control of hospital acquired infection. **Journal of Hospital Infection**, v. 73, p. 378-385, 2009. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0195670109001832>>. Acesso em: 17 jul. 2017.

DONABEDIAN, A. Prioridades para el progreso en la evaluación y monitoreo de la calidad de la atención. **Salud Pública de México**, Cuernavaca, v. 35, n.1, p.1-4, 1993. Disponível em: <<http://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5636/6131>>. Acesso em: 07 jun. 2017.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **JAMA**, v. 260, n.12, p.1743-748, 1988. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9372740>>. Acesso em: 02 jul. 2017.

FERMO, C. V. et al. Atitudes profissionais para cultura de segurança do paciente em unidade de transplante de medula óssea. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n.1, p.1-7, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngen/v37n1/0102-6933-rngen-37-1-1983-144720160155716.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2018.

FERREIRA, A. M. et al. Condições de limpeza de superfícies próximas ao paciente, em uma unidade de terapia intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 3, p.1-8, 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4375/5669>>. Acesso em: 25 jul. 2017.

FRAGATA, J.; SOUSA, P.; SANTOS R. S. Organizações de saúde seguras e fiáveis/confiáveis. In: Souza, P; Mendes, W. **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras**. Rio de Janeiro: Fiocruz, EAD/ENSP, 2014. p. 17-36.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas. 2002.

HOFFMANN, B. et al. Effects of a team-based assessment and intervention on patient safety culture in general practice: an open randomised controlled trial. **BMJ Quality & Safety** v. 23, p. 35–46, 2014. Disponível em:<https://www.researchgate.net/publication/255975775_Effects_of_a_team-based_assessment_and_intervention_on_patient_safety_culture_in_general_practice_An_open_randomised_controlled_trial>. Acesso em: 04 ago.2017.

HUDSON P. Applying the lessons of high risks industries to health care. **Qual Saf Health Care**, 2003; 12(Supl I): i7-i12. Disponível em: <https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/12/suppl_1/i7.full.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2018.

INSTITUTE OF MEDICINE. Committee on Quality of Health Care in America. **Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century**. Washington, DC: The National Academies, 2001. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25057539>>. Acesso em: 17 jul. 2017.

INSTITUTE OF MEDICINE. Committee on Quality of Health Care in America. Kohn, L. T.,; Corrigan, J. M.,; Donaldson, M. S., (editors). **To err is human: building a safer health system**. Washington, DC, 1999. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/pdf/Bookshelf_NBK225182.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2017.

KAWAMOTO, A. M.; OLIVEIRA, J. L. C de.; TONINI, N. S.; NICOLA, A. L. Liderança e cultura de segurança do paciente: percepções de profissionais em um hospital universitário. **J. res.: fundam. care. online**. v. 8, n. 2, p. 4387-98, abr./jun, 2016. Disponível em: http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4530/pdf_1888. Acesso em: 01 jul. 2018.

KURCGANT, P. Satisfação da equipe de enfermagem como indicador de qualidade na gestão. In: HARADA, M. J. C. S. **Gestão em enfermagem: ferramenta para prática segura**. São Caetano do Sul; Yendis, 2011. p. 37-44.

KURCGANT, P.; MASSAROLLO, M. C. K. B. Cultura e poder nas organizações de saúde. In: KURCGANT, P. **Gerenciamento em Enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p. 23-34.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia científica**. 7. ed. São Paulo:Atlas, 2017.

LUIZ, R. B. et al. Fatores associados ao clima de segurança do paciente em um hospital de ensino. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, set.-out. 2015;23(5):880-7. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/2814/281442225014/>>. Acesso em: 28 mai. 2018.

MANZO, B. F.; BRITO, M. J. M.; ALVES M. Influência da comunicação no processo de acreditação hospitalar. **Rev Bras Enferm**. v. 66, n. 1, p. 46-51, 2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/2670/267028450007/>. Acesso em: 01 jul 2018.

MARIN, H. F. Tecnologia da informação. In: HARADA, M. J. C. S. **Gestão em enfermagem**: ferramenta para prática segura. São Caetano do Sul; Yendis, 2011. p. 448-453.

MARINHO, M. M.; RADÜNZ, V.; BARBOSA, S. F. F. Avaliação da cultura de segurança pelas equipes de enfermagem de unidades cirúrgicas. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, 2014 Jul-Set; 23(3): 581-90. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00581.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2018.

MARQUES, A. L.; BORGES, R.; REIS, I. C. Mudança organizacional e satisfação no trabalho: um estudo com servidores públicos do estado de Minas Gerais. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro 50(1):41-58, jan./fev. 2016. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/58599/57059>>. Acesso em: 05 ago. 2018.

MARTINS, M. Qualidade do cuidado em saúde. In: MENDES, W.; SOUSA, P. **Segurança do paciente**: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, EAD/ENSP, v. 1, 2014. p. 25 -38.

MATIELLO, R. D. C. et al. A cultura de segurança do paciente na perspectiva do enfermeiro. **Cogitare Enferm.**, 2016, v. 21, n. esp: 01-09. Disponível em: <<http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/uploads/sites/28/2016/09/45408-184742-1-PB.pdf>>. Acesso em: 27 mai. 2018.

MENDES, W. Taxonomia em segurança do paciente In: MENDES, W.; SOUSA, P. **Segurança do paciente**: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, EAD/ENSP, v. 1, 2014. p. 57-70.

MENDES, W.; SOUSA, P. **Criando organizações de saúde seguras**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014. p. 3.

MISIAK, M.; RADÜNZ, V.; DAL SASSO, G. T. M.; TOURINHO, F. S. V. Atitudes para cultura de segurança do paciente em uma instituição cardiovascular. **Revista Varia Scientia – Ciências da Saúde**. v. 2, n. 2, 2016. Disponível em: <<http://e-revista.unioeste.br/index.php/variasaude/article/view/15453>>. Acesso em: 26 de mai. 2018.

MOURA, L. C. D. et al. Higiene e desinfecção hospitalar aliadas na segurança do paciente. **Temas em saúde**. v. 17, n.1, João Pessoa, 2017. Disponível em: <<http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2017/05/17101.pdf>>, Acesso em: 05 ago. 2018.

MULVEY, D. et al. Finding a benchmark for monitoring hospital cleanliness. **Journal of Hospital Infection**. v. 77. p. 25-30, 2011. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Stephanie_Dancer2/publication/49656601_Finding_a_benchmark_for_monitoring_hospital_cleanliness/links/02bfe51249e56e9022000000.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2011.

NASCIMENTO, N. B. O erro e as violações no cuidado em saúde. In: MENDES, W.; SOUSA, P. **Segurança do paciente**: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, EAD/ENSP, 2014. p. 73 - 92.

NIEVA, V. F.; SORRA, J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. **BMJ Quality & Safety**, London, v. 12, p. 17-23, 2003. Disponível em: <http://qualitysafety.bmj.com/content/qhch/12/suppl_2/ii17.full.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2017.

NGUYEN, G. et al. Validation of the safety attitudes questionnaire (short form 2006) in Italian in hospitals in the northeast of Italy. **BMC Health Services Research**, 2015, 15:284. Disponível em: <<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12913-015-0951-8>>. Acesso em: 17 jun. 2018.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev. de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547-559, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n5/3227.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2017.

NUNES, C. M. et al. Satisfação e insatisfação no trabalho na percepção de enfermeiros de um hospital universitário. **Rev. Eletr. Enferm.**, v. 12, n.2, p. 252-7, 2010. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a04.htm>>. Acesso em: 23 jun. 2018.

OLIVEIRA, A. C.; VIANA, R. E. H. Adenosina trifosfato bioluminescência para avaliação da limpeza de superfícies: uma revisão integrativa. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 67, p. 987- 93, 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/2670/267032876018/>>. Acesso em: 25 jul. 2017.

QUALIDADE. In: DICIONÁRIO **Michaelis Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa**. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/>>. Acesso em: 13 de jun. 2017.

REASON, J. Human error: models and management. **BMJ Quality & Safety**, v. 320, p.768-770, 2000. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117770/pdf/768.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2018.

REIS, C. T. Cultura em segurança do paciente. In: SOUSA, P.; MENDES, W. **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras**. Rio de Janeiro: Fiocruz, EAD/ENSP, v. 2, 2014. p 75-99.

REIS, C. T.; MARTINS M.; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, p. 2029-2036, 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/630/63027990018.pdf>> . Acesso em: 25 jun. 2017.

REIS, G. A. X. et al. Implantação das estratégias de segurança do paciente: sugestões de enfermeiros gestores. **Vigil. sanit. debate**, 2016;4(4):132-138. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/311446526_Implantacao_das_estrategias_de_seguranca_do_paciente_sugestoes_de_enfermeiros_gestores>. Acesso em: 24 jun. 2018.

RIGOBELLO, M. C. G. et al. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta Paul Enferm.**, v. 25. p. 728-735, 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/3070/307026618002/>>. Acesso em: 30 jul. 2017.

RUNCIMAN, W. et al. Towards an international classification for patient safety: key concepts and terms. **Int J Qual Health Care.**, v.21, n.1, p.18-20, 2009.

SANTIAGO, T. H. R.; TURRINI, R. N. T. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 2015; 49(Esp):123-130. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49nspe/1980-220X-reeusp-49-spe-0123.pdf>>. Acesso em: 28 de mai. 2018.

SANTOS, F. S.; BARROS, A. T. M. P. Incursões da propaganda no imaginário: revisitando o *brainstorm*. Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação - **XXXV Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação** – Fortaleza, 2012. Disponível em: <<http://www.intercom.org.br/sis/2012/resumos/R7-1115-1.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2018.

SEXTON, J. B. et al. The safety attitudes questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. **BMC Health Services Research**, v. 6. p. 1-10. 2006. Disponível em: <<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-6-44>>. Acesso em: 30 jul. 2017.

SILVA, S. C. Qualidade nos serviços de saúde e segurança do ambiente. In: HARADA, M. J. C. S. **Gestão em enfermagem: ferramenta para prática segura**. São Caetano do Sul: Yendis, 2011, p. 305-314.

SILVA-BATALHA, E. M. S.; MELLEIRO, M. M. Cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino: diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, 2015 Abr-Jun; 24(2): 432-

41. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00432.pdf>. Acesso em: 26 mai. 2018.

SMITH, S. J. et al. Where do hands go? An audit of sequential hand-touch events on a hospital ward. **Journal of Hospital Infection**, 2012, v. 30, p. 1-6. Disponível em: <http://strathprints.strath.ac.uk/37569/1/Where_do_hands_go_JHI_2012.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2017.

SMITS, M. et al. Patient safety culture in out-of-hours primary care services in the Netherlands: a cross-sectional survey. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, v. 36, p. 28-35, 2018. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02813432.2018.1426150>>. Acesso em: 28 mai. 2018.

SOUZA, B. C. et al. Implantação do programa 5S através da metodologia DMAIC. **Braz. J. of Develop.**, v. 4, n. 5 p. 2163-2179, 2018. Disponível em: <<http://www.brjd.com.br/index.php/BRJD/article/view/245/204>>. Acesso em: 17 set. 2018.

SOUSA-UVA, A.; SERRANHEIRA, F. Saúde do trabalhador, ergonomia e segurança do paciente. In: SOUSA, P.; MENDES, W. **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras**. Rio de Janeiro: Fiocruz, EAD/ENSP, v. 2, 2014. p. 106-133.

TACHIZAWA, T.; FERREIRA, F. C. P.; FORTUNA, A. A. M. **Gestão com pessoas: uma abordagem aplicada às estratégias de negócios**. 5. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

TAKAHASHI, R. T.; MELLEIRO, M. M.; TRONCHIN, D. M. R. A qualidade e a avaliação dos serviços de saúde e de enfermagem. In: KURCGANT, P. **Gerenciamento em Enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p. 71-83.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(4):821-828, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2012.v17n4/821-828/pt>>. Acesso em: 19 jul. 2018.

THE HEALTH FOUNDATION. **Evidence scan: measuring safety culture**. London. 2011. Disponível em: <<http://www.health.org.uk/sites/health/files/MeasuringSafetyCulture.pdf>>. Acesso em: 03 ago. 2017.

TOMAZONI, A. et al. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva neonatal. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, 2015 Jan-Mar; 24(1): 161-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00161.pdf>. Acesso em: 18 jun. de 2018.

TRINDADE, L.; LAGE, M. J. A perspectiva histórica e principais desenvolvimentos da segurança do paciente. In: MENDES, W.; SOUSA, P. **Segurança do paciente:**

conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, EAD/ENSP. 2014. p. 39 - 56.

VINCENT, C. **Segurança do paciente**: orientações para evitar eventos adversos. São Caetano do Sul: Yendis, 2009.

WACHTER, R. M. **Compreendendo a segurança do paciente**. 2. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

WHO. **The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety**. Final Technical Report and Technical Annexes, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2017.

WHO. **World alliance for patient safety**: forward programme 2005. Geneva, 2005. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf>. Acesso em: 23 de jul. 2017.

YOSHIKAWA, J. M. et al.; Compreensão de alunos de cursos de graduação em enfermagem e medicina sobre segurança do paciente. **Acta Paul. Enferm.**, 2013; 26(1):21-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002013000100005&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 24 jun. 2018.

ZUBERI, D. M.; PTASHNICK, M. B. The deleterious consequences of privatization and outsourcing for hospital support work: the experiences of contracted-out hospital cleaners and dietary aids in Vancouver, Canadian. **Social Science & Medicine**. v. 72, p. 907-911, 2011. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953611000372>>. Acesso em: 06 ago. 2017.

ANEXOS

1

Nós, Karla Crozeta Figueiredo, Silvana Pagani, Alexandra Berndt Razeira Crisigiovanni e Sonia Maria Kalckmann de Macedo, professora e alunas do Mestrado Profissional e Acadêmico de Enfermagem – da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você enfermeiro a participar de um estudo intitulado **“Avaliação e Planejamento da Segurança do Paciente e da Qualidade em Saúde: em busca de ações estratégicas para a melhoria do cuidado”**, com o intuito de conhecer os cenários de assistência no tocante à segurança do paciente e orientar a tomada de decisão sobre a intervenção na segurança do paciente.

- a) O objetivo desta pesquisa é avaliar a qualidade dos serviços de saúde em relação à segurança do paciente e à gestão de riscos, e, planejar ações estratégicas para a melhoria da qualidade do cuidado e a segurança do paciente nos diversos cenários de atenção à saúde.
- b) Caso você participe da pesquisa, será necessário responder a um questionário que avalia a cultura de segurança do paciente, durante seu horário de trabalho, em dia e local por você escolhido. Você poderá escolher se prefere preencher o instrumento ou que o pesquisador preencha sua resposta após ler cada um dos itens do formulário. O tempo máximo de duração previsto é de 1 (uma) hora. Na fase final do estudo, você será convidado a participar de uma reunião para apresentação dos resultados e planejamento das ações estratégicas para a melhoria da qualidade do cuidado e segurança do paciente.
- c) É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado ao número de questões ou ao tempo de preenchimento. Caso isso aconteça, você poderá recusar-se a participar da pesquisa e retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, ou não responder à questão que lhe causar desconforto, ou solicitar pausas no preenchimento ou recusar-se a continuar respondendo o questionário.
- d) Além do constrangimento ou desconforto no preenchimento do questionário, não estão previstos riscos diretos, visto que não serão realizados procedimentos invasivos de qualquer natureza, que possam lhe causar dor ou outros riscos.
- e) Os benefícios esperados com essa pesquisa são o planejamento de ações estratégicas para a melhoria da qualidade do cuidado e segurança do paciente, embora nem sempre você seja diretamente beneficiado por sua participação neste estudo.

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal {rubrica}
 Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE {rubrica}
 Orientador {rubrica}

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR | CEP/SD
Rua Padre Camargo, 285 | térreo | Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 |
cometica.saude@ufpr.br - telefone (041) 3360-7259

[illegible]

- f) A pesquisadora responsável pelo estudo pode ser localizada nos seguintes endereços: **Karla Crozeta Figueiredo**, Departamento de Enfermagem, Av Lothário Meissner, 632, Bloco Didático II, email: karlacrozeta@ufpr.br, telefone 3361-3773, no horário das 08h às 17h, para esclarecer dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.
- g) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.
- h) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas, como Diretores Acadêmico, Técnico e de Enfermagem do Hospital do Trabalhador. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que **a sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade**.
- i) O material obtido – questionários e registros de reuniões – será utilizado unicamente para essa pesquisa e será destruído (picotado) e descartado, no prazo de 5 (cinco) anos.
- j) As despesas necessárias para a realização da pesquisa [impressão do questionário, material de escritório, caneta, lápis, prancheta, etc para a realização das reuniões] não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.
- k) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.
- l) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259.

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba, ____ de _____ de _____.

[Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal]

[Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE]

ANEXO 2 - TCLE (SOLICITADO NA EMENDA)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Karla Crozeta Figueiredo, Silvana Pagani, Alexandra Berdnt Razeira Crisigiovanni e Sonia Maria Kalckmann de Macedo, professora e alunas do Mestrado Profissional e Acadêmico de Enfermagem – da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você enfermeiro a participar de um estudo intitulado **“Avaliação e Planejamento da Segurança do Paciente e da Qualidade em Saúde: em busca de ações estratégicas para a melhoria do cuidado”**, com o intuito de conhecer os cenários de assistência no tocante à segurança do paciente e orientar a tomada de decisão sobre a intervenção na segurança do paciente.

- a) O objetivo desta pesquisa é avaliar a qualidade dos serviços de saúde no tocante à segurança do paciente e à gestão de riscos, e, planejar ações estratégicas para a melhoria da qualidade do cuidado e segurança do paciente nos diversos cenários de atenção à saúde.
- b) Caso você participe da pesquisa, será necessário responder a um questionário que avalia a cultura de segurança do paciente, durante seu horário de trabalho, em dia e local por você escolhido. Você poderá escolher se prefere preencher o instrumento ou que o pesquisador preencha sua resposta após ler cada um dos itens do formulário. O tempo máximo de duração previsto é de 1 (uma) hora. Na fase final do estudo, você será convidado a participar de uma reunião para apresentação dos resultados e planejamento das ações estratégicas para a melhoria da qualidade do cuidado e segurança do paciente.
- c) É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado ao número de questões ou ao tempo de preenchimento. Caso isso aconteça, você poderá recusar-se a participar da pesquisa e retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, ou não responder a questão que lhe causar desconforto, ou solicitar pausas no preenchimento ou recusar-se a continuar respondendo o questionário.
- d) Além do constrangimento ou desconforto no preenchimento do questionário, não estão previstos riscos diretos, visto que não serão realizados procedimentos invasivos de qualquer natureza, que possam lhe causar dor ou outros riscos.
- e) Os benefícios esperados com essa pesquisa são o planejamento de ações estratégicas para a melhoria da qualidade do cuidado e segurança do paciente, embora nem sempre você seja diretamente beneficiado por sua participação neste estudo.

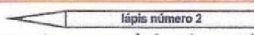
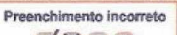
Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal
Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE
Orientador




Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR | CEP/SD
Rua Padre Camargo, 285 | térreo | Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 |
cometica.saude@ufpr.br – telefone (041) 3360-7259

ANEXO 3 - SAFETY QUESTIONNAIRE ATTITUDES – SAQ

Questionário de Atitudes de Segurança: perspectiva da equipe sobre esta área de cuidado

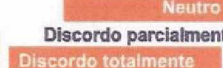



Área clínica ou área de assistência ao paciente onde você passa maior parte de seu tempo:
Departamento: _____ Por favor, preencha este instrumento baseando-se nas suas experiências nesta área


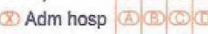

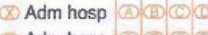

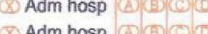

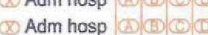
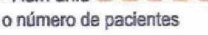
• Use somente lápis número 2  Preenchimento correto  Preenchimento incorreto  Não se aplica

• Apague muito bem qualquer resposta que você desejar mudar    

Por favor, responda os itens seguintes relativos à sua unidade ou área específica
Selecione suas respostas usando a escala abaixo:

| A | B | C | D | E | X |
|---------------------|-------------------|--------|-------------------|---------------------|---------------|
| Discordo totalmente | Discordo em parte | Neutro | Concordo em parte | Concordo totalmente | Não se aplica |

Discordo totalmente  Discordo parcialmente  Neutro  Concordo parcialmente  Concordo totalmente  Não se aplica 

- As sugestões do (a) enfermeiro (a) são bem recebidas nesta área
- Nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente
- Nesta área, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado (ex: não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente)
- Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes
- É fácil para os profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem
- Os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada
- Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente
- Erros são tratados de maneira apropriada nesta área
- Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área
- Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho
- Nesta área, é difícil discutir sobre erros
- Sou encorajado(a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente
- A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros
- Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração
- Eu gosto do meu trabalho
- Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família
- Este é um bom lugar para trabalhar
- Eu me orgulho de trabalhar nesta área
- O moral nesta área é alto
- Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado
- Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado (a)
- Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis
- O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência (ex: reanimação cardiopulmonar, convulsões)
- A administração apóia meus esforços diários: Adm unid  Adm hosp 
- A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente: Adm unid  Adm hosp 
- A administração está fazendo um bom trabalho: Adm unid  Adm hosp 
- Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa: Adm unid  Adm hosp 
- Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do (a): Adm unid  Adm hosp 
- Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes
- Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe
- Toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim
- Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados
- Eu vivencio boa colaboração com os(as) enfermeiros (as) nesta área
- Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área
- Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta área
- Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns

INFORMAÇÕES

Você já havia preenchido este instrumento anteriormente? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe Data (mês/ano): _____

Cargo: (marque somente um)

| | | |
|--|---|---|
| <input type="radio"/> Médico da equipe responsável | <input type="radio"/> Psicólogo | <input type="radio"/> Técnico em nutrição/ radiologia /laboratório |
| <input type="radio"/> Médico residente | <input type="radio"/> Farmacêutico (a) | <input type="radio"/> Fonoaudiólogo |
| <input type="radio"/> Chefe de enfermagem | <input type="radio"/> Fisioterapeuta | <input type="radio"/> Administrativo (auxiliar escritório/ secretária/ recepcionista) |
| <input type="radio"/> Enfermeiro (a) | <input type="radio"/> Assistente social | <input type="radio"/> Suporte ambiental (pessoal da limpeza) |
| <input type="radio"/> Auxiliar de enfermagem / Técnico de enfermagem | <input type="radio"/> Nutricionista | <input type="radio"/> Outro: |

Gênero: ☐ homem ☐ mulher **Atuação principal:** ☐ adulto ☐ pediatria ☐ ambos

Tempo na especialidade: ☐ menos de 6 meses ☐ 6 a 11 meses ☐ 1 a 2 anos ☐ 3 a 4 anos ☐ 5 a 10 anos ☐ 11 a 20 anos ☐ 21 anos ou mais

Obrigado por responder este instrumento. seu tempo e sua participação são muito importantes.

ANEXO 4 - SUGESTÕES E TEMAS DO *BRAINSTORM*

J: aulas gravadas / simulação/ aulas fixas. Questionário pré e pós. Conteúdo escrito (apostila)

ACOLHIMENTO/INTEGRAÇÃO

J: check list (como na admissão de funcionários da enfermagem). Dividido por etapas (dias). Padronização de processos

J: Olimpíadas da Segurança do Paciente: gincanas, aulas, brincadeiras, vídeos. Frequência anual. EDUCAÇÃO

CONTINUADA/VALORIZAÇÃO

R: Conhecer a rotina do setor: devido turn over. Instrumento pré fixado. Padron processos

E: Confirma a necessidade de um instrumento/check list. Padron processos

C: Ter profissional de referencia. Devido novamente turn over. Saber as regras da limpeza. Padroni processos

E: reforça a padronização. Se possível diminuir a rotatividade, fixando o funcionário nos setores. Processo de trabalho?

Atenção a planta física (Acolhimento institucional e setorial?) / Processo de Trabalho

O: Reforça a rotatividade. Hoje: optam por retirar a funcionária que não se adapta, do que fixar, treinar melhor.

Educação Continuada? Problemática: GERENCIAL (empresa terceira)

J: Investimento nas orientações. Educação Continuada / Gerencial (Desenvolv. De um programa)

O: Preferem retirar do setor, do que reforçar as orientações. Educação Continuada

R: Conhecer o perfil do setor (horários de visita, rotinas..) Processo de Trabalho

E: Hospital organizado, limpo. Motivação / Educação continuada

K: Reforça a simulação / estratégia prática. Produto que mostre o nível de limpeza após a higienização. SENSIBILIZAÇÃO

C: Mostrar para funcionários a importância de uma boa limpeza. Reforça o uso de aulas simuladas. SENSIBILIZAÇÃO

K/E: A importância do profissional da higiene/limpeza. VALORIZAÇÃO.

J: Analisar o antes e depois de uma higienização. Sala cirúrgica / sala SAV - VALORIZAÇÃO.

I: Registro por fotografia. VALORIZAÇÃO.

K: mostrar quantos pacientes internam e desenvolvem IRAS ou óbito por evento adverso. SENSIBILIZAÇÃO /

VALORIZAÇÃO.

J: Acompanhamento da desinfecção. Orientação. Percepção das dificuldades. GERENCIAL

O: Reforça a orientação. Mais treinamentos. Foco educativo do que punitivo. CAPACITAÇÃO / EDUCAC. CONTINUADA

J: Questiona se há cronograma de auditoria (diferentes setores). Frequência trimestral. GERENCIAL / PROCESSO

TRABALHO

G: Equipe de Enfermagem mais aberta a recepção da equipe de higienização. Cadeia/trabalho em rede. SENSIBILIZAÇÃO

J: Conscientização da equipe de enfermagem; sobre o trabalho de higiene. SENSIBILIZAÇÃO

PROCESSO DE TRABALHO/GERENCIAL:

- A) ACOLHIMENTO/INTEGRAÇÃO
- B) PADRONIZAÇÃO PROCESSOS
- C) EDUCAÇÃO CONTINUADA
- D) SENSIBILIZAÇÃO
- E) VALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL DE HIGIENE: escutar o profissional de higiene

ORGANIZAR O PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE HIGIENIZAÇÃO PARA FAVORECER A SEGURANÇA DO PACIENTE.

ANEXO 5 - MODELO DE PLANO DE AÇÃO

| | | |
|-------------------------------|--|--|
| Problemas a enfrentar: | | |
| Objetivos: | Identificação dos interessados: | Definição dos responsáveis/parceiros: |
| Recursos necessários: | Avaliação: | |
| Ações a realizar | | Prazos de operacionalização das ações |
| | | |
| | | |

ANEXO 6 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Avaliação e Planejamento da Segurança do Paciente e da Qualidade em Saúde: em busca de ações estratégicas para a melhoria do cuidado

Pesquisador: Karla Crozeta

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 66939717.3.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Mestrado Profissional

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.043.970

Apresentação do Projeto:

O projeto será desenvolvido junto aos programas de pós graduação em enfermagem (mestrado acadêmico e profissional) e tem como foco a avaliação da cultura de segurança de instituições de saúde, visando a elaboração de estratégias para a melhoria da segurança do paciente.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a qualidade dos serviços de saúde no tocante à segurança do paciente e à gestão de riscos.

Planejar ações estratégicas para a melhoria da qualidade do cuidado e segurança do paciente nos diversos cenários de atenção à saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores referem que o presente estudo não trará nenhum risco direto aos participantes, visto que farão o preenchimento dos instrumentos de cultura de segurança do paciente (Etapa 1) e na pactuação das ações estratégicas (Etapa 4). Os dados coletados serão de natureza quanti-qualitativa e obtidos mediante um processo de amplo esclarecimento dos objetivos da pesquisa e voluntária participação, sendo que os pesquisadores se comprometem em mantê-los sob sigilo e assegurarem a confidencialidade de todo o processo. Não serão realizados procedimentos invasivos de qualquer natureza, que possam causar dor ou risco aos participantes da pesquisa.

Há um risco remoto de que alguma questão cause constrangimento ao participante voluntário,

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo
Bairro: Alto da Glória
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259

CEP: 80 060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 2 043 970

sendo tal risco remediado com a informação de que o respondente pode não se pronunciar sobre o que for perguntado. Além disso, a participação dos profissionais será agendada previamente e o tempo de duração das atividades será previsto para não haver prejuízos ao andamento do trabalho ou exaustão do participante.

Como benefícios, as informações coletadas e analisadas servirão de base para fomentar a discussão sobre avanços na qualidade da prestação dos serviços de higienização e assistência de enfermagem, com foco na melhoria da qualidade dos serviços aos pacientes/usuários, família e comunidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto claro, relevante, a ser realizado em Unidades Básicas do Município de Campo Largo, sendo os participantes enfermeiros; e no Hospital do Trabalhador, com enfermeiros e trabalhadores da higienização.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos estão adequados

Recomendações:

Não se aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS).

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma

Endereço: Rua Padre Camargo, 265 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

**UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -**



Continuação do Parecer 2 043 970

Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Emenda – ver modelo de carta em nossa página: www.cometica.ufpr.br (obrigatório envio)

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|---------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_889922.pdf | 11/04/2017 11:56:54 | | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | Termo_de_compromisso_para_inicio_da_pesquisa.pdf | 11/04/2017 11:33:58 | Karla Crozeta | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | Concordancia_servico_CampoLargo_corrigido.pdf | 11/04/2017 11:33:34 | Karla Crozeta | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Esqueleto_CEP_KarlaCrozeta.pdf | 06/04/2017 17:07:06 | Karla Crozeta | Aceito |
| Outros | Check_list.pdf | 06/04/2017 17:04:11 | Karla Crozeta | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_Profissionais_da_higiene.docx | 06/04/2017 17:02:52 | Karla Crozeta | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_Enfermeiros.docx | 06/04/2017 17:01:24 | Karla Crozeta | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | Declaracao_de_responsabilidades_no_projeto.pdf | 06/04/2017 16:58:47 | Karla Crozeta | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | Declaracao_de_uso_especifico_de_dados_coletados.pdf | 06/04/2017 16:57:43 | Karla Crozeta | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | Declaracao_de_tomar_publicos_os_resultados.pdf | 06/04/2017 16:55:22 | Karla Crozeta | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | Termo_de_confidencialidade.pdf | 06/04/2017 16:55:04 | Karla Crozeta | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | Concordancia_do_coparticipante_SMS_Campo_Largo.pdf | 06/04/2017 16:54:35 | Karla Crozeta | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | Concordancia_coparticipante_HT.pdf | 06/04/2017 16:54:18 | Karla Crozeta | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | Concordancia_do_servico_HT.pdf | 06/04/2017 16:52:37 | Karla Crozeta | Aceito |

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80 060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

**UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -**



Continuação do Parecer 2.043.970

| | | | | |
|--|---|------------------------|---------------|--------|
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | Carta_de_concordancia_do_servico_SM S_Curitiba.PDF | 06/04/2017 16:52:18 | Karla Crozeta | Aceito |
| Outros | Analise_de_merito_cientifico.pdf | 06/04/2017 16:51:00 | Karla Crozeta | Aceito |
| Outros | Extrato_de_ata_PPGENFMP.pdf | 06/04/2017 16:50:32 | Karla Crozeta | Aceito |
| Outros | OF_07_2017_encaminhamento_de_extrato_de_ata.pdf | 06/04/2017 16:49:34 | Karla Crozeta | Aceito |
| Outros | Oficio_de_encaminhamento_do_pesquisador_responsavel.pdf | 06/04/2017 16:48:26 | Karla Crozeta | Aceito |
| Folha de Rosto | Folha_de_rosto.pdf | 06/04/2017 16:45:12 | Karla Crozeta | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 03 de Maio de 2017

**Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador)**

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo
Bairro: Alto da Glória
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

ANEXO 7 – PARECER CONSUBSTANCIADO EMENDA DO CEP

HOSPITAL DO
TRABALHADOR/SES/PR

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação e Planejamento da Segurança do Paciente e da Qualidade em Saúde: em busca de ações estratégicas para a melhoria do cuidado

Pesquisador: Karla Crozeta

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 66939717.3.3002.5225

Instituição Proponente: hospital do trabalhador

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.634.621

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, descritiva e exploratória, de abordagem quanti-qualitativa.

Objetivo da Pesquisa:

- Avaliar a qualidade dos serviços de saúde no tocante à segurança do paciente e à gestão de riscos.
- Planejar ações estratégicas para a melhoria da qualidade do cuidado e segurança do paciente nos diversos cenários de atenção à saúde.

Objetivo Secundário:

- Conhecer o perfil sócio demográfico dos trabalhadores da saúde, da enfermagem e dos serviços de apoio.
- Caracterizar a organização dos serviços de saúde e enfermagem em relação aos processos de cuidado e de gerência para a segurança do paciente.
- Avaliar a cultura de segurança dos trabalhadores da saúde, da enfermagem e dos serviços de apoio nos diversos cenários de atenção à saúde.
- Identificar os indicadores de qualidade e segurança do paciente compatíveis com a organização dos serviços de saúde e de enfermagem estudados.
- Planejar ações estratégicas para sistematizar a assistência de enfermagem e a segurança do

Endereço: Hospital do Trabalhador Avenida República Argentina, 4406 - Novo Mundo - 81.050-000 - Curitiba - PR 41

Bairro: Novo Mundo

CEP: 81.050-000

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3212-5871

E-mail: cepht@sesa.pr.gov.br



HOSPITAL DO
TRABALHADOR/SES/PR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação e Planejamento da Segurança do Paciente e da Qualidade em Saúde: em busca de ações estratégicas para a melhoria do cuidado

Pesquisador: Karla Crozeta

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 66939717.3.3002.5225

Instituição Proponente: hospital do trabalhador

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.634.621

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, descritiva e exploratória, de abordagem quanti-qualitativa.

Objetivo da Pesquisa:

- Avaliar a qualidade dos serviços de saúde no tocante à segurança do paciente e à gestão de riscos.
- Planejar ações estratégicas para a melhoria da qualidade do cuidado e segurança do paciente nos diversos cenários de atenção à saúde.

Objetivo Secundário:

- Conhecer o perfil sócio demográfico dos trabalhadores da saúde, da enfermagem e dos serviços de apoio.
- Caracterizar a organização dos serviços de saúde e enfermagem em relação aos processos de cuidado e de gerência para a segurança do paciente.
- Avaliar a cultura de segurança dos trabalhadores da saúde, da enfermagem e dos serviços de apoio nos diversos cenários de atenção à saúde.
- Identificar os indicadores de qualidade e segurança do paciente compatíveis com a organização dos serviços de saúde e de enfermagem estudados.
- Planejar ações estratégicas para sistematizar a assistência de enfermagem e a segurança do

Endereço: Hospital do Trabalhador Avenida República Argentina, 4406 - Novo Mundo - 81.050-000 - Curitiba - PR 41

Bairro: Novo Mundo

CEP: 81.050-000

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3212-5871

E-mail: cepht@sesa.pr.gov.br



HOSPITAL DO TRABALHADOR/SES/PR



Continuação do Parecer: 2.634.621

paciente nos diversos cenários de atenção à saúde.

-Desenvolver estratégias de melhoria da qualidade dos serviços de apoio que favoreçam a segurança do paciente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O presente estudo não trará nenhum risco direto aos participantes, visto que terão atuação principal em dois momentos: preenchimento dos instrumentos de cultura de segurança do paciente (Etapa 1) e na pactuação das ações estratégicas (Etapa 4), os dados coletados serão de natureza quanti-qualitativa e obtidos mediante um processo de amplo esclarecimento dos objetivos da pesquisa e voluntária participação, sendo mantidos em sigilo e assegurada a confidencialidade de todo o processo. Não serão realizados procedimentos invasivos de qualquer natureza, que possam causar dor ou risco aos participantes da pesquisa.

Há um risco remoto de que alguma questão cause constrangimento ao participante voluntário, sendo tal risco remediado com a informação de que o respondente pode não se pronunciar sobre o que for perguntado. Além disso, a participação dos profissionais será agendada previamente e o tempo de duração das atividades será previsto para não haver prejuízos ao andamento do trabalho ou exaustão do participante.

Benefícios:

Como benefício, as informações servirão de base para fomentar a discussão sobre avanços na qualidade da prestação dos serviços de higienização e assistência de enfermagem, com foco na melhoria da qualidade dos serviços aos pacientes/usuários, família e comunidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa atende aos preceitos éticos. Foram respondidas as pendências solicitadas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta as documentações necessárias e em resposta ao Parecer 2556677 reitera que não haverá coleta de dados com os trabalhadores de higienização.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Atendeu as recomendações deste CEP. Não há pendências. Após conclusão do estudo encaminhar os resultados ao CEP.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Hospital do Trabalhador Avenida República Argentina, 4406 - Novo Mundo - 81.050-000 - Curitiba - PR 41
Bairro: Novo Mundo **CEP:** 81.050-000
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3212-5871 **E-mail:** cepht@sesa.pr.gov.br



HOSPITAL DO TRABALHADOR/SES/PR



Continuação do Parecer: 2.634.621

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|---------------------|----------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1020428.pdf | 17/04/2018 15:04:10 | | Aceito |
| Outros | Resposta_parecer.pdf | 17/04/2018 15:03:20 | Karla Crozeta | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_reformulado_abril2018.docx | 17/04/2018 15:01:53 | Karla Crozeta | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | Concordancia_Diretoria de Enfermagem_21_02_18.pdf | 01/03/2018 16:10:38 | Karla Crozeta | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | Concordancia_diretoria_HT.pdf | 01/03/2018 16:09:42 | Karla Crozeta | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_Pendencia_CEPE_HT.docx | 01/03/2018 16:07:55 | Karla Crozeta | Aceito |
| Outros | Resposta_parecer_CEP_HT.pdf | 01/03/2018 16:07:25 | Karla Crozeta | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Esqueleto_KarlaCrozeta_novaversao.docx | 17/10/2017 20:48:21 | CAROLINA POITE DE SIQUEIRA PARIS | Aceito |
| Outros | Emenda.pdf | 10/10/2017 22:10:41 | CAROLINA POITE DE SIQUEIRA PARIS | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Esqueleto_CEP_KarlaCrozeta.pdf | 06/04/2017 17:07:06 | Karla Crozeta | Aceito |
| Outros | Check_list.pdf | 06/04/2017 17:04:11 | Karla Crozeta | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_Profissionais_da_higiene.docx | 06/04/2017 17:02:52 | Karla Crozeta | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_Enfermeiros.docx | 06/04/2017 17:01:24 | Karla Crozeta | Aceito |
| Outros | Analise_de_merito_cientifico.pdf | 06/04/2017 16:51:00 | Karla Crozeta | Aceito |
| Outros | Extrato_de_ata_PPGENFMP.pdf | 06/04/2017 16:50:32 | Karla Crozeta | Aceito |
| Outros | OF_07_2017_encaminhamento_de_extrato_de_ata.pdf | 06/04/2017 16:49:34 | Karla Crozeta | Aceito |
| Outros | Oficio_de_encaminhamento_do_pesquisador_responsavel.pdf | 06/04/2017 16:48:26 | Karla Crozeta | Aceito |

Endereço: Hospital do Trabalhador Avenida República Argentina, 4406 - Novo Mundo - 81.050-000 - Curitiba - PR 41
 Bairro: Novo Mundo CEP: 81.050-000
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3212-5871 E-mail: cepht@sesa.pr.gov.br



HOSPITAL DO
TRABALHADOR/SES/PR



Continuação do Parecer: 2.634.621

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 03 de Maio de 2018

Assinado por:
silvania klug pimentel
(Coordenador)

Endereço: Hospital do Trabalhador Avenida República Argentina, 4406 - Novo Mundo - 81.050-000 - Curitiba - PR 41
Bairro: Novo Mundo **CEP:** 81.050-000
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3212-5871 **E-mail:** cepht@sesa.pr.gov.br